

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO DE LA
VIDA Y LA DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO. HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE- 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA**

AUTORA

KATERINE ALTAMIRANO HOYOS

ASESORA

DRA. MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS

Chiclayo, 2019

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, de manera especial a mi esposo Franco, a mi hijo Franco Manuel, y a mis padres Manuel y Delicia, por su apoyo incondicional durante el desarrollo de este trabajo de investigación; y sobre todo por ser lo más grande y valioso que Dios me ha dado y la fuente de inspiración para el logro de mis metas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme culminar mis estudios de Maestría y beneficiarme en lo académico y en lo personal; y con su ayuda realizar el presente trabajo de investigación.

A mi asesora de tesis, Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, por su vocación de servicio y sus brillantes conocimientos que fueron la piedra angular para orientar este trabajo. Asimismo a los docentes y coordinadores de la Maestría en Bioética y Biojurídica USAT.

A todas las personas que colaboraron en apoyo a la ejecución de esta investigación.

RESUMEN

El cuidado es la esencia de enfermería, pero desde un enfoque holístico, englobando cuerpo, mente, espíritu, en un todo integrado, partiendo desde ésta óptica, resulta primordial, que la enfermera posea conocimientos técnicos, científicos y éticos. Por ello, surge ésta investigación cualitativa- descriptiva, teniendo como objetivos: Describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y dignidad del neonato prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, fundamentada en la Teoría del Cuidado de Regina Waldow y Jean Watson. Participaron 14 enfermeras, muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada, validada por juicios de expertos y estudio piloto. El procesamiento de datos se realizó mediante el análisis de contenido. Durante la investigación persistieron los principios éticos y criterios de rigor científico de la investigación. Emergieron cuatro categorías: Cuidado ético para salvar y proteger la vida del neonato prematuro, Neonato prematuro, persona digna con gran vulnerabilidad, Centrando los cuidados en el desarrollo y familia; Limitantes en el cuidado y protección de la vida y la dignidad del neonato prematuro. Y como consideraciones finales: los cuidados brindados al neonato prematuro muestran el respeto y la protección por la vida y dignidad mediante la aplicación de conocimientos, competencias y criterio ético; además están centrados en el desarrollo y familia del neonato; sin embargo, se reconocen limitaciones y aspectos por corregir.

Palabras clave: Experiencia, Cuidado, Vida, Dignidad, Neonato

ABSTRACT

Care is the essence of nursing, but from a holistic approach, encompassing body, mind, spirit, in an integrated whole, starting from this perspective, it is essential that the nurse has technical, scientific and ethical knowledge. Therefore, this qualitative-descriptive research arises, with the following objectives: Describe, analyze and understand the experiences of nurses during the care of life and dignity of the premature infant in the Neonatology Service of the Lambayeque Regional Hospital, based on the Theory of Regina Waldow and Jean Watson care. Fourteen nurses participated, a sample determined by the saturation and redundancy technique. For the data collection, the semi-structured interview was used, validated by expert judgments and pilot study. Data processing was performed by content analysis. During the investigation, the ethical principles and criteria of scientific rigor to the inquiry persisted. Four categories emerged: Ethical care to save and protect the life of the premature neonate, Premature neonate, dignified person with high vulnerability, Focusing attention on development and family; Limitations on the care and protection of life and dignity of the premature infant. Moreover, as final considerations: the care given to the premature infant shows respect and protection for life and dignity through the application of knowledge, skills and ethical criteria; They are also focused on the development and family of the newborn; however, limitations and aspects to be corrected are recognized.

Keywords: Experience, Care, Life, Dignity, Neonate

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	14
1.1. Antecedentes:	14
1.2. Base Teórica Conceptual.....	18
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	34
2.1. Tipo de investigación	34
2.2. Abordaje Metodológico.....	34
2.3. Sujetos de Investigación.....	34
2.4. Escenario	35
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	35
2.6. Procedimiento.....	36
2.7. Análisis de Datos.....	37
2.8. Criterios Éticos	38
2.9. Criterios de Rigor Científico	39
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
3.1. CUIDADO ÉTICO PARA SALVAR Y PROTEGER LA VIDA DEL NEONATO PREMATURO	43
3.1.1. Aplicando competencias en la satisfacción de necesidades básicas prioritarias.....	43
3.1.2. Garantizando bienestar con la administración de medicamentos y praxis de la Bioseguridad.....	47
3.1.3. Defensa y Protección de la vida del neonato prematuro como derecho y responsabilidad.....	51
3.2. NEONATO PREMATURO PERSONA DIGNA CON GRAN VULNERABILIDAD.....	54
3.2.1. Persona dependiente, vulnerable, indefensa y con valor intrínseco.....	55
3.2.2. Cuidado sin daño ante pronóstico reservado.	59
3.2.3. Singularidad del neonato prematuro con nombre propio.....	62
3.3. CENTRANDO LOS CUIDADOS EN EL DESARROLLO Y FAMILIA DEL NEONATO PREMATURO.....	64

3.3.1. Acogimiento como segunda madre con presencia cuidadora	67
3.3.2. Humanizando el cuidado con el método canguro y vínculo con los padres	69
3.3.3. Interacción y protección ante discapacidades	75
3.3.4. Respetando la religión y educación a la familia del neonato prematuro	77
3.4. LIMITANTES EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA VIDA Y DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO.	80
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES	87
CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	100

INTRODUCCIÓN

La OMS ¹, estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, considerando prematuro a un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación y hace la división en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (<28 semanas); muy prematuros (28 a <32 semanas); y prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).

Con relación a los nacimientos, la misma organización afirma: *“Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional. Y los 10 países con los mayores números incluyen a Brasil, Estados Unidos, India y Nigeria, demostrando que el nacimiento prematuro es un verdadero problema global [...] En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen demasiado pronto en comparación con el 9% en los países de ingresos más altos”*. ²

En nuestro país, si hablamos de nacimientos prematuros, MINSA ³, en el año 2015, afirma que del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas); asimismo de los 27 mil nacidos vivos con menos de 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación). Asimismo, señala que el nacimiento prematuro es la principal causa de muerte neonatal y cuando más extrema es la prematuridad mayor es la complejidad de la atención requerida y con ello se elevan los costos y la estadía intrahospitalaria, además de incrementarse el riesgo de muerte/discapacidad, en tanto, las primeras causas de muerte neonatal son las relacionadas a la prematuridad inmadurez (26%) seguida por las infecciones (22%), malformaciones congénitas letales (15%) y la asfixia y traumatismos relacionados al parto (12%). ⁴

Ante ésta realidad, la intervención de los profesionales de Enfermería es vital, sobre todo en los establecimientos en donde se hospitalizan los neonatos menores de 37 semanas de edad gestacional, como es el caso del Hospital Regional Lambayeque, un hospital de nivel III- I que cuenta con un área de Cuidados Intensivos Neonatales, Neonatología Intermedios (Neonatología I y Neonatología II) y Atención Inmediata del recién nacido, en donde se requiere del trabajo de licenciadas de enfermería que brinden cuidado especializado a los neonatos para poder lograr una atención de calidad.

Corroborar Loncharich⁵, al explicar que el cuidado es el objeto de conocimiento de Enfermería, lo cual la distingue de otras disciplinas del campo de la salud, teniendo como elementos aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados, ya que éstos se constituyen en la esencia de la profesión enfermera.

Como habíamos mencionado, el Hospital Regional Lambayeque es un establecimiento de alta complejidad, específicamente el área de Neonatología Intermedios I, cuenta con equipos para brindar los cuidados a los neonatos prematuros, como incubadoras, pulsioxímetros, bombas de infusión, mezclador de oxígeno y aire comprimido, etc., sin embargo, a veces no son lo suficientes, debido a la demanda de pacientes, por tanto las enfermeras tienen limitantes para realizar un cuidado ideal, y cuidan a los neonatos con los recursos que tienen. La demanda de pacientes se corrobora con el Registro de Hospitalización del Servicio de Neonatología Intermedios I⁶, donde el número de pacientes que ingresaron en el año 2013 fue de 280, y en el año 2017 fue de 462, observándose que en los cuatro años un incremento en un 65%, sumándose a ello diagnósticos que requieren de mayor estancia hospitalaria.

Por otro lado, el tiempo y el número de pacientes son factores importantes en el cuidado de enfermería, la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios ⁷, indica como la dotación de personal enfermero en un

Hospital de Nivel III- 1, de 2 a 3 pacientes por enfermera. Según lo anterior, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, son 5 pacientes que cada enfermera tiene bajo su responsabilidad, ya que hace algún tiempo se extendió la capacidad máxima del Servicio hasta 15, número que generalmente se mantiene, haciéndose corto el tiempo en un turno de seis o doce horas, al realizarse procedimientos especializados como: canalización de vías periféricas, colocación de sondas orogástricas, tomas de muestras de laboratorio, administración de medicamentos etc., además la monitorización de signos vitales es minuciosa, debido a la inmadurez en sistemas y órganos del neonato prematuro, necesitando en la mayoría de casos del soporte oxigenatorio.

Otro aspecto importante es la infraestructura, que según señala la Norma Técnica de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención ⁸, en la sala de atención del recién nacido con patología, se debe considerar para su dimensionamiento un área de cinco metros cuadrados por cada cuna o incubadora. En este sentido, debido a la alta demanda de pacientes, se observa que hay ocasiones en que la unidad del paciente sea cuna o incubadora no caben en alguno de los ambientes destinados para la hospitalización; asimismo no se cuenta con un lactario para las madres, lo cual limita la interacción de la familia, específicamente de la madre y el padre, que sabemos es un punto vital en el tratamiento y recuperación del recién nacido prematuro, que a menor edad gestacional al nacimiento, mayores son los cuidados que requiere durante la hospitalización.

Las enfermeras se enfrentan a un número creciente de Neonatos prematuros, donde la sobrevida y presencia de complicaciones son proporcionalmente directas a la edad gestacional, dando lugar a un incremento en la morbilidad, estancia hospitalaria y letalidad, si no se ha proporcionado la atención adecuada y en especial la que le brinda la enfermera. ⁹ Ante ello, si la enfermera realiza un cuidado limitado por los factores antes mencionados, existe el riesgo de tener las consecuencias que señala el autor, y que por tanto afectan

los objetivos deontológicos de Enfermería, y por ende los derechos del neonato prematuro como la vida y el respeto por su dignidad.

La Constitución Política, no es ajena a la protección de los derechos del recién nacido puesto que los protege desde la concepción, y señala en su artículo 2º, inciso 1: *“Toda persona tiene derecho: a la vida, a su identidad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece”*.¹⁰ Sin embargo, hay derechos que indirectamente no pueden ser protegidos por las enfermeras durante el cuidado que brindan, puesto que no siempre las circunstancias favorecen al neonato, sobre todo cuando hay demanda de pacientes, que generalmente es mayor a los cuidados y atención ofrecida, dado que no son suficientes las incubadoras, pulsioxímetros y en ocasiones el número de personal, limitando aún más el trabajo, así como la ética de los cuidados, puesto que la seguridad del paciente considerado como principio ético del cuidado enfermero, considera que la calidad del cuidado enfermero depende de la calidad y seguridad de la asistencia al paciente, y crear un ambiente de atención propicio para la recuperación del enfermo es un aspecto fundamental de la tarea de las profesiones de la salud, sobre todo de la Enfermería.¹¹

Ante la narrativa panorámica se formuló la pregunta científica de investigación: ¿Cómo son las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque? Asimismo se formularon los siguientes objetivos: Describir las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque; Analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque; y Comprender las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro del Hospital Regional Lambayeque.

En los últimos años la neonatología ha progresado y por ende los cuidados de enfermería al neonato se han desarrollado a pasos agigantados, disminuyendo de esta manera la mortalidad neonatal, sin embargo, lo anterior trae consigo diferentes situaciones como prematuridad extrema, malformaciones graves, secuelas de asfixia perinatal, etc., en donde se necesitan no solo de conocimientos científicos y técnicos, sino también de conocimientos que contribuyan a fortalecer la humanización del cuidado del paciente más vulnerable. Por ello, se hace imprescindible el papel de la Bioética haciendo que el profesional de la salud, en este caso la enfermera pueda brindar un cuidado acorde con los principios éticos y de ésta manera se respete la vida y la dignidad del sujeto a quien cuida, específicamente al neonato prematuro.

Se consideró que la presente investigación, previa socialización de los resultados, puede aportar una reflexión bioética a las enfermeras que laboran en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, relacionado con la esencia del cuidado enfermero durante la praxis del trabajo diario con los neonatos prematuros para poder cambiar aspectos del cuidado neonatal derivadas de las propias experiencias, o en todo caso, potenciarlos, de tal manera que influyan positivamente en decisiones del equipo de salud, contribuyendo a disminuir las cifras de morbilidad neonatal e infantil, permitiendo tener mayores estadísticas de supervivencia sin riesgo de discapacidad, y menos reingresos a hospitalización.

También la investigación contribuye a que el personal profesional del Servicio de Neonatología Intermedios I, tome conciencia en cuanto a la aplicabilidad de la bioética y su importancia durante el cuidado enfermero y la atención brindada al neonato prematuro, fortaleciendo la formación en conocimientos relacionados a la investigación y a la ética, mediante capacitación y sensibilización, además de promover proyectos que día a día aporten mayores beneficios para el recién nacido y su familia.

Por otro lado, la investigación brinda un aporte a la profesión de enfermería, centrado en la esencia del cuidado, y su aplicación durante el ejercicio cotidiano en los ámbitos clínicos y comunitarios como responsables del cuidado de la persona desde su nacimiento hasta su muerte. Por consiguiente, las escuelas de pregrado de las universidades, puedan considerar a la bioética como un punto sustancial en la formación humana de sus estudiantes, ahondando en su aplicación práctica.

Asimismo, los resultados del presente trabajo contribuyen como antecedente de futuras investigaciones, pudiendo constituirse como material de consulta y/o de marco teórico para estudiantes de enfermería en pre y post grado.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En éste capítulo se dieron a conocer los estudios que antecedieron al presente trabajo de investigación, así como las bases teóricas y conceptuales en donde se apoya éste estudio, haciéndolo más consistente.

1.1. Antecedentes:

1.1.1. A nivel internacional:

- **Kukuradi I. “El concepto de dignidad humana y sus implicaciones para los derechos humanos. 2019.** ¹² El artículo argumenta la conexión entre la dignidad humana y los derechos humanos, señalando que se descuida el aspecto ético centrándose en aspectos legales; y a pesar de que la dignidad se relaciona mucho con los derechos humanos, su punto de conexión no está lo suficientemente claro. El autor esclarece luego la noción de los derechos humanos y la dignidad humana, poniendo en primer lugar el valor del ser humano, ya que dichos derechos son implicaciones prácticas de la dignidad humana, que exigen un trato igualitario para todos los individuos; y por ello son concebidos como normas “universales” en donde todos sin ninguna diferencia reciban y entreguen un trato especial, sin privar a nadie del respeto por su dignidad.
- **Bellieni C. con su artículo sobre “Protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología”, 2019.** ¹³ El autor explica que en el mundo todavía no existe un acuerdo sobre los criterios éticos para continuar o suspender los cuidados intensivos neonatales porque a menudo se usa el criterio del mejor interés o el basado en las semanas de desarrollo fetal al nacimiento. Sin embargo, ambos criterios tienen defectos, por lo cual propone, para resolver éste dilema y las críticas sobredichas, un criterio nuevo, llamado «criterio del dolor», según el cual los cuidados intensivos pueden ser interrumpidos o

aliviados en caso de dolor o estrés evidente e intratable, por ende, explica cómo es posible medir correctamente el dolor en el recién nacido, y refiere que los tratamientos por miedo de una futura discapacidad, si no está asociado con la presencia del dolor, no es éticamente aceptable.

Finalmente, sugiere un protocolo que pueda respetar diferentes puntos, entre ellos: la incertidumbre del pronóstico neonatal, el tratamiento y la posibilidad de supervivencia de los neonatos; información a los padres y la buena práctica clínica; además señala que no es aceptable suspender el tratamiento por una futura discapacidad.

- **Serret M. con la investigación “El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal” Tarragona- 2014.** ¹⁴ Estudio cualitativo, con diseño fenomenológico hermenéutico, cuyo objetivo general fue conocer y analizar si las enfermeras dan respuesta a las necesidades de las madres y los padres para establecer una buena vinculación con sus hijos prematuros en una unidad neonatal y profundizar en el modo en que las enfermeras cuidan éste proceso, en el conocimiento y acciones necesarios para que éste sea un cuidado desde la excelencia y la coherencia. Los resultados mostraron que los padres y madres muestran necesidades respecto al vínculo con su hijo como: sentimientos ante el parto prematuro y el ingreso en la unidad neonatal; los efectos de su estructura, ambiente y normas de la unidad neonatal; las relaciones personales que se establecen en ella; la percepción de la imagen de su hijo y su entorno próximo; asimismo la vivencia de su relación con ellos. Concluye que el cuidado enfermero del vínculo y apego se define por la situación de la unidad respecto a los cuidados centrados en el desarrollo; percepción e importancia del cuidado que brinda al vínculo entre padres e hijo; y por las dificultades y deficiencias reconocidas para dicho cuidado.

1.1.2. A nivel nacional:

- **Guerrero K. y Luna A. “Cuidado humanizado de enfermería al recién nacido pretérmino en el hospital regional “José Alfredo Mendoza Olavarría” Septiembre – Diciembre 2017.”¹⁵** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, formuló como objetivos específicos el identificar los tipos de cuidado de enfermería hacia los recién nacidos pre-términos; develar la calidad de los diferentes procedimientos que se realizan durante el cuidado del recién nacido pre-término por el profesional de enfermería; y develar los cuidados maternos aprendidos para el recién nacido pre-término; llegando a la conclusión que los cuidados integrales seguros y oportunos favorecen el adecuado desarrollo y maduración, a través de la estimulación sensorial, por el contacto natural de enfermería que se expresa a través de la caricia o toque humano delicado y el hablarle al neonato prematuro.

- **Broncano YN. “Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: una perspectiva de enfermería. Unidad de Cuidado Intensivo neonatal. Hospital San Bartolomé. 2015”.¹⁶** Estudio cualitativo, con método descriptivo exploratorio, que tuvo como objetivos: Describir y caracterizar el cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato prematuro y familia en la UCIN; mostrando como resultados que la asistencia integral y especializada al neonato prematuro se realiza al brindar bienestar y comodidad al recién nacido, al contribuir con el desarrollo del área sensorio motriz o psicoemocional y la conservación de un medio ambiente extrauterino protector en la UCIN, englobando la atención del neonato como un ser biopsico socio espiritual junto con la familia y ofreciendo una asistencia individual, con dignidad, intimidad y autonomía.

- **Guerrero E, Cervera M. “Personalismo y cuidado en el recién nacido prematuro” (2015).¹⁷** El presente artículo basado en publicaciones

primarias, tuvo como finalidad establecer los principios del personalismo en el cuidado del recién nacido prematuro, presentando las siguientes consideraciones: el recién nacido prematuro es un ser único e irrepetible, persona con dignidad y derechos humanos; el personalismo concibe a la persona como una unidad que forma el ser inmaterial (alma y espíritu) y al ser material (cuerpo), y acepta su existencia desde el momento de la concepción hasta el último día o momento de su muerte natural; el personalismo ontológico justifica la identificación entre ser humano y persona, considerando persona al cigoto, al embrión, al feto, al recién nacido, al completo arco biológico de la vida humana (desde la concepción hasta sus últimos instantes) como manifestación personal que debe ser respetada y tutelada; el recién nacido tiene un cuidado especial proporcionado por las enfermeras especialistas de neonatología, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar un cuerpo espiritualizado; así como la preservación de la dignidad humana, al cuidar la vulnerabilidad, atender las necesidades básicas y buscar la trascendencia de su persona convirtiendo al bebé prematuro en hijo de Dios a través del bautismo.

1.2. Base Teórica Conceptual.

La experiencia es un hecho del ser humano, de la cual existen diferentes definiciones, la Real Academia de la Lengua Española¹⁸ la describe como un hecho de haber sentido, conocido o presenciado algo, como conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas.

Desde la filosofía, Kant entiende a la experiencia, como la síntesis entre la sensibilidad (subdividida en intuiciones puras espacio- temporales y percepciones empíricas) y entendimiento, además indica que cuando la experiencia se articula en juicios debemos distinguir dos niveles: el de los juicios de experiencia subjetivos o juicios de percepción, y el de juicio de experiencia objetiva, universal y necesaria.¹⁹

Por su parte, Dewey, en su teoría del conocimiento sostiene una visión dinámica de la experiencia como asunto referido al intercambio de un ser vivo con su medio ambiente físico y social y no solamente una cuestión de conocimiento, abarcando no solo la conciencia sino también la ignorancia, el hábito, los aspectos desfavorables, inciertos, irracionales e incomprensivos del universo.²⁰

Lopez²¹, citando a Karol Wojtyla, argumenta que la experiencia es un acto cognoscitivo en el que se encuentra captado el hecho de que el hombre actúa; distinguiendo el acto cognitivo sensible y el acto cognitivo intelectual aunque diferentes, es donde se da la «experiencia del hombre», agregando que toda experiencia que el hombre tiene viene de una realidad exterior, asociada a la experiencia del propio yo; no se experimenta nada exterior sin tener de modo simultáneo la experiencia de sí mismo, el hombre según ésta idea se da interior y no sólo exteriormente. Asimismo, Wojtyla²² en su obra, señala que indudablemente, cada experiencia es un hecho singular, y cada una de las veces en que se produce es algo único e irreplicable; pero, aun así, existe algo que, debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la

«experiencia del hombre», donde el objeto de la experiencia es el hombre, que se manifiesta a través de todos los momentos y que al mismo tiempo está presente en cada uno de ellos (prescindimos aquí de todos los demás objetos).

De acuerdo a estas definiciones, la investigadora abstrae que la experiencia es un hecho singular, producto de la interacción del conocimiento, medio ambiente físico y social del ser humano, que se da en un tiempo y lugar determinado, guardados en el subconsciente, que afloran por asociación de ideas o cuando se le pregunta por el hecho experimentado o vivido en circunstancias personales. Las experiencias en el ser humano, como se sabe son diversas, sobre todo si se interactúa constantemente con otros seres humanos, como es el caso de las enfermeras, que la esencia de su labor se encuentra en el cuidado que realizan.

El objeto de estudio de la enfermería como ciencia es el cuidado, que es la esencia de la profesión, Waldow define al cuidado de enfermería como: *“todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sean aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia)”*.²³ También explica que hay algunas fases y circunstancias en las que el cuidado es más necesario y entre ellos podemos mencionar: el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un accidente, una dolencia, la vejez, la muerte; es decir que la condición de vulnerabilidad convoca al cuidado.

El cuidado para Jean Watson²⁴, es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, considera la dimensión espiritual como parte fundamental del cuidado de enfermería, sin dejar de lado el conocimiento científico. Elaboró diez factores de Cuidado en el Proceso Caritas Cuidado²⁵: a) Práctica amorosa de la bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente. b) Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de

creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. c) El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión. d) El desarrollo de una relación de ayuda y confianza. e) Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida. f) El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia. g) Participar en una enseñanza de experiencias que surgen a partir de una comprensión de la interconexión. h) Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz. i) Ayudar a otro con sus necesidades humanas básicas, con un propósito intencional y conciencia de cuidado. j) Apertura y asistencia a lo espiritual, misterioso y existencial, incógnitas en la vida/muerte, salud, enfermedad, permitiendo milagros. Lo anterior se aplica al cuidado de la persona en todas las etapas de vida, en éste caso del neonato prematuro, puesto que sostiene que el cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas.²⁶

Loncharich ⁵, considera que el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y la distingue de otras disciplinas del campo de la salud, atribuye sus elementos a los aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera además de los elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para brindar cuidados. También explica que un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado tanto para el que brinda como para el que lo recibe.

El cuidado de enfermería como ciencia, se visibiliza en el proceso de atención de enfermería, Kozier ²⁷, sostiene que es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados, coincide Potter²⁸, al explicar que es un método sistemático de resolución de problemas que proporciona a los

usuarios, cuidados personalizados en cualquier estado. El proceso de atención de Enfermería, pasa por cinco etapas, las cuales pueden estar superpuestas pero en su esencia busca el restablecimiento del neonato enfermo, estas son: 1.- Valoración; 2.- Diagnóstico; 3.- Planificación; 4.- Ejecución y 5.- Evaluación.

Teniendo en cuenta al cuidado como la esencia de la ciencia enfermera, Miranda¹¹, propone principios fundamentales de la ética del cuidado enfermero: a) Respeto por la dignidad de la persona; b) Se debe respetar la vida humana como un bien básico; c) Procurar la seguridad del paciente; y d) La excelencia en el cuidado enfermero exige una conjunción de prudencia y técnica.

Para la investigadora el Cuidado Enfermero consiste en la interacción entre la enfermera y la madre y/o familia del recién nacido prematuro, contando para ello con un método racional y sistemático, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar y contribuir al restablecimiento de la en la salud, teniendo como principios el respeto por la vida y dignidad.

Esta investigación aborda el cuidado que brindan las enfermeras a los recién nacidos, asimismo, Papalia²⁹, denomina al periodo neonatal como el que abarca las cuatro primeras semanas de vida, época de transición del útero, donde el feto pasa de ser sostenido enteramente por la madre, a una existencia independiente. Sin embargo esta definición también tiene sus diferenciaciones de acuerdo a las semanas de edad gestacional con las que nace el neonato, como lo refiere la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Neonatal³⁰, al referirse al recién nacido prematuro como el neonato menor de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación; y clasificándolo de la siguiente manera: Prematuridad leve (34 – 36 semanas); Prematuridad moderada (30 – 33 semanas); Prematuridad extrema (26 – 29 semanas); y Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

La Neonatología es una rama de la Pediatría que estudia a los recién nacidos, se considera una de sus subespecialidades, que en los últimos años ha presentado avances, sin embargo, en el equipo de salud surgen dudas al momento de tomar decisiones, y es preciso la ayuda de otras ciencias como la Bioética. En tanto, algunas de las causales en las que se aplica la Bioética en el neonato son: 1) niños nacidos con prematuridad extrema; 2) los que nacen al término o posttérmino de la gestación y que padecen enfermedades graves y 3) los nacidos con malformaciones congénitas; sin embargo, los diversos ejemplos que en la práctica se presentan van más allá de esos tres grupos.³¹

Ante las diferentes situaciones, la toma de decisiones del equipo de salud juega un papel muy importante para solucionar diferentes conflictos éticos que se presenten en su actuar diario, a su vez es trascendente la formación en bioética de la enfermera, y a través de la enseñanza de la bioética la persona pueda pensar críticamente desde la razón, la honestidad intelectual y la amplitud mental en contraposición a lo emocional, a la pereza intelectual y a la estrechez mental.³²

Específicamente en la profesión de enfermería, Cervera³³, afirma que la formación de los estudiantes de enfermería para ir modelando un actuar ético demanda formarlos en pensamiento crítico- reflexivo, hacer buen uso de su libertad de tal manera que lleguen a conquistarla para saber tomar decisiones y asumir sus consecuencias, además destaca cómo en la práctica docente deben existir coherencia y claridad de los principios, creencias, valores que promueven y orientan la propia vida.

Por lo anterior, es preciso hablar acerca de la historia de la Bioética y mencionar que Wilches³⁴, señala a Potter como quien acuñó el término “bioética”, enfocándola hacia el desarrollo de una disciplina en torno a una ética en el desempeño profesional de la salud, además del desarrollo social y de la ecología; asimismo señala que para André Hellegger, la visión de la bioética es más restringida a favorecer el diálogo entre profesionales médicos y profesores

de ética y filosofía, es decir, involucró a profesionales de la ética en los problemas biológicos. También es preciso mencionar a Fritz Jahr, puesto que existen recientes publicaciones que dan cuenta que el término bioética es su creación, siendo posible rastrearlo hasta 1927, al dar ese título a un artículo suyo publicado en una revista.³⁵ Por tanto, Fritz Jahr, Van Renssaler Potter y André Hellegers componen el hito fundacional de la bioética.³⁶

La bioética también tiene su historia aplicada a la neonatología, disciplina de la medicina que ha marcado sus mayores avances a partir de la segunda mitad del siglo XX, y considerando el impacto que tuvo en sus inicios la utilización arbitraria de la incubadora en los niños prematuros, muestra un buen ejemplo en el que se debió aplicar la bioética para el recién nacido, pues sin consentimiento informado de los padres, se presentaron en diversas exposiciones de EUA niños prematuros que estaban vivos dentro de su incubadora, en un pabellón de exhibición expofeso en vez de un hospital.³¹

Otros sostienen que los casos que han generado un gran impulso de la ética médica ocurrieron en neonatos gravemente afectados, sin esperanza de curación, pero también hubieron casos de niños que podían haber logrado una buena calidad de vida a los que le fue negado el tratamiento, como los casos Jhon Hopkins (1963) y Baby Houle (1974); el caso Baby Doe (1982); La bebe K (1992), etc.³⁷ No obstante, Alunni³⁸, describe y amplía los problemas éticos que surgen en neonatología tales como 1.- Diagnóstico Prenatal de malformación severa o incompatible con la vida; 2.- El apoyo que debe recibir un prematuro extremo; 3.- La viabilidad extrauterina y la respuesta del neonato ante las maniobras de reanimación; 4.- El apoyo que debe recibir un asfixiado severo; 5.- Plazo prudente de realización de maniobras de reanimación; 6.- Proporcionalidad terapéutica; 7.- Prescripción de no reanimar; 8.- Evitar o suspender tratamientos a pacientes, en quienes, por la complejidad de su condición patológica, no hay proporcionalidad entre las intervenciones y los

resultados esperados; 9.- Recién nacidos cuya condición clínica es tan grave y compleja, no se espera una recuperación de su estado.

Frente a ésta problemática, donde es clara la presencia de conflictos éticos en el área neonatal, varios autores proponen posibles soluciones, como el bioeticista Llantos ³⁹, quien argumenta cómo abordar los dilemas éticos neonatales:

- No ponga demasiado énfasis en la edad gestacional; hay muchos otros factores clínicos relevantes.
- El morir generalmente no es el mejor interés del niño.
- Sea consciente de la profecía autocumplida porque se podría decir “nunca hemos tenido un bebe de 24 semanas que sobreviva”, pero si nunca se intenta, nunca se hará.
- El deterioro no necesariamente equivale a una mala calidad de vida.
- Nunca abandone a los padres, pues ellos necesitan apoyo.

Por su parte, Gebara⁴⁰, señala en su estudio las bases éticas de la neonatología, entre ellas:

- 1.- Defender la vida y promover la salud según la capacitación medica científica especializada, respetando al ser humano, sus derechos y la dignidad de la persona, sea cual fuere la edad gestacional o la situación clínica.
- 2.- Evitar la obstinación o ensañamiento para la conservación a ultranza de la vida, cuando el paciente ha dado pruebas de deterioro, daño o irreversibilidad del proceso fisiopatológico, pues no es digno seguir agrediendo al enfermo cuando sus posibilidades de vida son nulas.
- 3.- Aceptar siempre la defensa de la vida aunque el equipo perinatal deberá cuestionar con principio ético y moral el inicio o la continuación del tratamiento desproporcionado en función de los resultados mínimos esperados y razonables para el bien del paciente, tomar siempre como base la no maleficencia.

- 4.- La prematuridad no deberá considerarse un factor para la abstención de tratamiento aun sabiendo que puedan ocurrir secuelas variables o no ocurrir secuelas.
- 5.- Los padres como benefactores naturales son las personas asignadas para decidir en nombre de sus hijos. Si hubiere intereses en conflicto entre los padres o de ambos hacia el recién nacido, el equipo médico neonatal deberá evaluar diferentes aspectos.
- 6.- Las decisiones serán adoptadas en común acuerdo con los padres facilitando una intención mutua de tratamiento, confianza, creencia y esperanza.
- 7.- El equipo de enfermería conocerá muy bien al niño y su familia, además será fundamental el diálogo entre médicos y enfermeros.
- 8.- Los padres ingresarán en tiempo irrestricto a la unidad, no son una visita, son una necesidad para sus hijos.
- 9.- Proteger y defender los mejores intereses del niño. No hay certidumbre sobre el pronóstico y la calidad de vida futura que pueda ser evaluable en el período neonatal por lo que es difícil considerar la abstención o supresión del tratamiento, pues debería decidirse entre una vida con algún déficit y la ausencia de vida.
- 10.- Aceptar que en neonatología hacer todo lo que uno puede hacer, puede ser perjudicial, pues no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto.

Por lo expuesto, existen diferentes sugerencias ante los dilemas éticos en el área neonatal, asimismo Parada⁴¹ indica que implica tomar medidas consensuadas, interdisciplinarias y hacer parte a los padres del neonato en la búsqueda de la mejor solución; además debe tenerse en cuenta la mejor evidencia científica, sin dejar de lado la humanización, la calidad del cuidado y las normas y protocolos establecidos en cada unidad neonatal.

Por tanto la Bioética muestra su importancia, y acerca de su historia podemos agregar que hacia 1978, se redactó el Informe de Belmont, donde se

hace referencia del respeto a la opinión de las personas enfermas, haciendo referencia a la autonomía, a la práctica profesional, beneficencia y a la justicia. Un año después Beauchamp y Childress, presentan su obra Principios de Ética Biomédica, de donde emergieron los siguientes principios:

Principio de la autonomía: Porque cada persona tiene sus propias reglas de autogobierno, y es libre tanto de las injerencias de otros como de las limitaciones de un conocimiento incompleto.⁴² En el caso de neonatos, Alunni³⁸, refiere que el principio de autonomía se traslada del niño a los padres; y los profesionales deben respetar las decisiones tomadas por sus padres y/o tutores, o la intervención de la justicia en su defecto, pues entra en juego los principios de la libertad, el derecho a la vida, entre otros.

Principio de beneficencia: Imperativo de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos.⁴³ Por su parte, Garduño³⁷, afirma que debe tomarse en consideración los deseos de los familiares, respetar su autonomía y no caer en el paternalismo tradicional; los padres deben estar bien informados, con la mayor sensibilidad, con comprensión y respeto profundo por la condición de su niño.

Principio de no maleficencia: Siempre hacer el bien en la propia práctica de cada profesional de la salud, de ésta manera darle al paciente los mejores cuidados prescritos.⁴³ En el caso de los neonatos, Garduño³⁷ sugiere que se debe actuar en función de proporcionar tratamientos que le den beneficio al niño y de evitar incurrir en obstinación terapéutica cuando las posibilidades de recuperación o cuando la muerte es inevitable, pues se podría incurrir en maleficencia.

Principio de justicia: García⁴⁴ señala que se refiere a la obligación moral de igualdad en los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para la sanidad, los hospitales, la investigación, etc. Uno de sus aspectos notables se relaciona con la distribución de los recursos; en muchos países en vías de desarrollo o muy pobres no existen recursos para

proporcionar tratamiento de cuidado intensivo neonatal y, los niños fallecen rápidamente.⁴³

Si bien es cierto, muchas de las profesiones rigen su actuar en base a los principios de Beauchamp y Childress, llamada también Bioética Principialista, Gomez⁴³, afirma que las críticas al principialismo se basan en su carácter idealista de los principios, que serían de poca ayuda para aclarar las decisiones en situaciones concretas; además de asumir a un paciente ideal, consciente, informado, libre, educado de forma occidental, capaz y deseoso de tomar su destino en las manos y con pocas restricciones contextuales.

Por su parte, Sgreccia⁴⁵, nos dice que habría que precisar qué es bueno y qué es malo para un paciente, pero sobre todo es necesario establecer una jerarquía entre los mismos principios, especialmente entre el principio de autonomía y el de beneficencia, considerando un posible punto de encuentro, el verdadero bien de la persona. Y considerando su posición personalista fundamenta que una acción es ética si respeta la plena dignidad de la persona humana y los valores que están intrínsecamente inscritos en su naturaleza; es lícita y moralmente buena aquella acción que, procediendo de una elección consciente respeta a la persona y la perfecciona en su ser y en su crecimiento.⁴⁶

El personalismo es un amplio movimiento filosófico, cultural y militante que busca reivindicar la centralidad de la persona humana como sujeto digno, comunal y llamado a una vocación trascendente.⁴⁷ Por tanto, Burgos⁴⁸ considera que Elio Sgreccia ha construido la Bioética Personalista desde el Personalismo al hacer lo siguiente: 1) tomar como concepto estructural de su antropología a la persona y desarrollar temas personalistas como la subjetividad, los valores, la corporalidad, la radical diferencia entre el hombre y los seres humanos, etc.; 2) apuntar los problemas antropológicos que presentan algunas formulaciones de origen metafísico como la sustancia o la ley natural; 3) tener como referencia a Tomás de Aquino como representante por excelencia de la tradición realista y autores personalistas como Maritain, Scheler, Hildebrand,

Marcel, etc. y 4) definir tres tipos de personalismo: ontológico, relacional y el hermenéutico.

Sgreccia⁴⁵, dentro de la Bioética Personalista, plantea los siguientes principios:

- **El principio de defensa de la vida física**, que representa el valor fundamental de la persona misma, porque se debe entender que la vida corporal no agota toda la riqueza de la persona, la cual es también, ante todo, espíritu, y por eso trasciende como tal al cuerpo mismo y a la temporalidad.
- **El principio de libertad y responsabilidad**, que nos dice que antes que el derecho a la libertad, está el derecho a la defensa de la vida, es decir, ante todo la libertad debe hacerse cargo responsablemente de la vida propia y de la ajena, justificándose en el hecho de que, para ser libres, se requiere estar vivos, y por esto la vida es la condición indispensable para que todos y cada uno de nosotros podamos ejercer la libertad.
- **El principio de totalidad o principio terapéutico**, que se funda en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal.
- **El principio de sociabilidad y subsidiaridad**, en el caso del principio de sociabilidad compromete a todos y cada una de las personas en su propia realización al participar en la realización del bien de sus semejantes. Y el principio de subsidiaridad, por la cual la comunidad debe ayudar más allá donde mayor es la necesidad.

En la Bioética personalista, Sgreccia⁴⁵, no solo nos presenta principios sino también un método triangular, es decir, que se establece mediante un

examen que tiene tres puntos de enlace: el punto A, es el hecho biomédico; punto B, aspecto antropológico; y el punto C, la solución ética. De ésta manera, el autor pone como valor fundamental de la persona misma a la defensa de la vida física, es por ello, que señala que la vida *es “un movimiento espontáneo que tiende hacia un fin”*. Del mismo modo, en el ámbito de la promoción de la vida humana se inscribe el tema de la defensa de la salud del hombre, puesto que sólo se puede hablar de salud de una persona viva, y la salud es una cualidad de la persona que vive.

Hablar de la vida es hablar de una abstracción, referirse a la ‘vida humana’ es hablar de humanidad.⁴⁹ Por consiguiente, Miranda¹¹ señala que la vida humana es intrínsecamente buena, además un bien de carácter básico, en el sentido de que es necesaria para la perfección humana integral: la perfección del viviente humano supone e incluye su vivir.

En cuanto al principio de la defensa de la vida física según la concepción de Sgreccia, nos la muestra Quintana⁵⁰, refiriendo que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo como co-esencial a la persona, es decir, como base única y necesaria para su existencia en el tiempo y en el espacio.

Por otro lado, en el ámbito legal la Declaración de los Derechos Humanos⁵¹, y toma como uno de los derechos, el derecho a la vida: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*, y agrega en su artículo 1: *“Todos los seres humanos nacen ‘libres e iguales’ en dignidad y derechos”*. Del mismo modo, Vial⁵² refiere que el “derecho a la vida” es más bien el fundamento o condición de todos los derechos y bienes posibles.

Podemos relacionar también el derecho a la vida como un tema muy adherido a la profesión enfermera, puesto que el Código de Ética y Deontología⁵³, en el Capítulo II, Artículo 15, nos dice que la enfermera debe cumplir los deberes cívicos y cooperar con la participación ciudadana en defensa de la salud y la vida de la persona, familia y comunidad. Asimismo la Ley del

Trabajo Enfermero (27669), en el Capítulo II, Artículo 6 dice “*la Enfermera es el profesional de la Ciencia de la Salud con grado y título Universitario [...] reconoce como su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud*”.⁵⁴

Por lo anterior, se puede afirmar que la vida, en ésta investigación es un bien de carácter básico y fundamental, además es un derecho relacionado a la salud del recién nacido que es cuidado por el profesional de enfermería, que defiende éste derecho como parte de su responsabilidad y competencia. Además el respeto por la vida de los seres humanos desde el comienzo de su existencia hasta su muerte natural es una exigencia del reconocimiento de la dignidad de la persona humana.¹¹

Otro aspecto que defiende la labor enfermera mediante el cuidado, es la dignidad, que es un concepto del cual se habla mucho en Bioética, el Diccionario de Bioética⁴⁹, refiere que etimológicamente, dignidad viene del latín *dignus*, *dignum*, que corresponde, en griego, a *axios*: valioso, apreciado, precioso, merecedor. La dignidad es equivalente a “valor”, a cualidad o a estatus, y se refiere por tanto a lo que merece estimación y honores; asimismo, la define como como el valor intrínseco de todo ser humano, en tanto que humano.

Burgos⁵⁵ afirma que la dignidad de la persona constituiría una perfección intrínseca y constitutiva, que le hace ser un valor en sí misma sin posibilidad de instrumentalización, un valor absoluto que permite fundamentar los derechos humanos y hace que cada persona sea irrepetible. No obstante, el tema de la raíz de la dignidad personal ha sido, y seguirá siendo, difícilmente abarcable en toda su magnitud y complejidad.⁵⁶

A modo de comparación, la dignidad es el valor propio de los seres personales, mientras que el “precio” es el valor de las realidades que no son personas, esto es, de las que llamamos genéricamente “cosas”.¹¹ Por tanto, Aparisi⁵⁷, dice que la dignidad humana supone abordar un tema sumamente

complejo por la rica bibliografía sobre el mismo y el hecho de que el término dignidad posee muchos significados y ello es debido a que se designa una relación muy rica, que puede ser contemplada desde diversos puntos de vista. Sin embargo, también sostiene que la dignidad es *“un término que se aplica al hombre para señalar una peculiar calidad de ser, para sostener que es persona y no sólo individuo”*.

Tomando en cuenta lo anterior, respecto a la dignidad, Castillo Vegas citado por Sánchez⁵⁸, señala seis sentidos de dignidad:

- Teológico natural, se fundamenta en que el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios en la inteligencia y en la voluntad.
- Teológico sobrenatural, es superior al anterior ya que la naturaleza humana es elevada por la Divinidad a través de la gracia y de la filiación divina.
- Ontológico, se refiere a la importancia y excelencia del ser del hombre que lo diferencia y lo pone en un nivel de superioridad respecto de otros seres, teniendo dos implicaciones de vital importancia: la igualdad esencial de todos los seres humanos y constituir el fundamento de los derechos humanos.
- Moral, el cual alude a la dicotomía bueno/malo de las acciones humanas en donde la libertad es importante para realizar una acción más o menos digna de acuerdo con las leyes morales, de tal suerte que si se realiza un comportamiento moralmente reprochable se pierde este sentido de dignidad aunque se conserven los otros.
- Jurídico, que implica el reconocimiento legal a modo de garantía jurídica del respeto a esa igualdad, superioridad y excelencia del ser humano, esta dignidad debe ser un reflejo de todas las anteriores pues se refiere a los derechos humanos.
- Físico, al que se le conoce como “calidad de vida” y que se puede entender como el conjunto de condiciones físicas, sanitarias, educativas, sociales, económicas, culturales, bienestar, etc., en consonancia con las dignidades anteriores.

Del mismo modo, señala Miranda: “*salvaguardar la dignidad del paciente, el respeto a su dignidad o un trato digno son las proposiciones que acompañan a la definición de unos buenos cuidados de enfermería*”.¹¹ Refiriéndose al cuidado neonatal, Guerrero¹⁷ considera que el neonato prematuro es un ser único e irrepetible, persona, con dignidad con derechos humanos inalienables; y la enfermera los preserva y protege, al cuidar la vulnerabilidad, las necesidades, básicas además de buscar la trascendencia de su persona convirtiendo al bebé prematuro en hijo de Dios a través del bautismo y garantizando su pronta recuperación.

Por lo tanto, para la presente investigación la dignidad es un término de definición compleja, considerada como el valor intrínseco del neonato prematuro, por el cual es tratado como persona y no solo como individuo, y por consiguiente dicho valor es respetado y salvaguardado mediante el cuidado que brinda la enfermera.

Por otro lado, el lugar donde la enfermera desempeña su labor juega un papel muy importante, como es en el Servicio de Neonatología I del Hospital Regional Lambayeque, como se sabe, éste hospital es una de las instituciones de mayor importancia y complejidad de la región, tanto que constituye un nivel III – 1, es decir nosocomio de alta complejidad que brinda servicios integrales de salud a la población, con calidad, equidad y eficiencia, contando con personas competentes, comprometidas en capacitación permanente.

Las áreas neonatales son cuatro: Cuidados Intensivos, Neonatología I, Neonatología II y Atención Inmediata del Recién nacido. El Servicio de Neonatología I, tienen seis años de funcionamiento, donde laboran un total de 17 enfermeras, una de ellas comparte sus horas mensuales entre labor asistencial y administrativa, de tal forma que en cada turno de seis o doce horas laboran tres enfermeras para 15 pacientes., en donde se realizan cuidados y procedimientos como colocación de sonda orogástrica, canalización de vía

endovenosa periférica, toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos, monitorización de signos vitales, etc., que deberán ser mucho más minuciosos debido a la prematuridad y patologías de los neonatos como: prematurez, síndrome de distrés respiratorio, enfermedad de membrana hialina, sepsis neonatal, trastorno metabólico, trastorno de la coagulación, etc.

La infraestructura del Servicio de Neonatología I cuenta con 7 ambientes y una estación de enfermeras, de los cuales 3 son utilizados para la hospitalización de neonatos con alguna patología, con tratamiento endovenoso por vía periférica y/o central (catéter umbilical o catéter central de inserción periférica), que se encuentran en fase ventilatoria II-I (CPAP nasal, cánula binasal, casco cefálico). Los equipos con los que cuenta el Servicio son incubadoras, pulsioxímetros, mezcladores de oxígeno y aire comprimido, servocuna, bombas infusoras, etc., sin embargo no son suficientes para el número de pacientes que ingresan.

La visita de la familia en el Servicio de Neonatología I solo se limita al madre y/o el padre; la madre puede ingresar 4 veces al día en un horario establecido (9: 30 am, 11:30 am, 2: 30 pm y 5:30pm) que es aprovechado también para la extracción de leche materna y promover la lactancia materna como el apego madre- niño. Asimismo el padre ingresa a las 4:00 pm, contando con 1 hora para poder visitar a su bebé diariamente.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

La investigación se desarrolló bajo el paradigma constructivista, Hernández⁵⁹, sostiene que el conocimiento se hace interactivo, producto del vínculo entre el investigador, los participantes y el fenómeno de estudio, dicha interacción está sostenida en valores y tendencias de todos los involucrados con aportes explícitos, generando descubrimientos.

En éste sentido, la presente investigación fue cualitativa, para Burns⁶⁰, éste tipo de investigación explora la profundidad, riqueza y la complejidad inherentes a un fenómeno útil, para entender las experiencias humanas como sentir dolor, sentirse cuidado, la impotencia y el confort, por lo cual la investigación permitió describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y la dignidad personal del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional Lambayeque.

2.2. Abordaje Metodológico

El abordaje metodológico fue descriptivo-interpretativo⁶¹; estudio que exigió a la investigadora una vasta información sobre el tema a investigar, con lo cual describió, registró, analizó e interpretó la naturaleza actual y los diferentes fenómenos encontrados, respecto a las experiencias en un contexto natural de la enfermera durante el cuidado de la vida y de la dignidad del recién nacido prematuro, para luego registrarlos, analizarlos e interpretarlos.

2.3. Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron 14 enfermeras que laboran en el servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional de Lambayeque, todas mujeres, cuyas edades fluctuaban de 25 a 35 años, la mayoría con especialidad en neonatología. Los criterios de inclusión fueron: que las enfermeras tuvieran experiencia laboral de 1 año a más en dicho servicio, y su

participación con firma de consentimiento informado, para lo cual a cada enfermera participante se le aseguró la confidencialidad y guarda de su identidad, mediante el uso de códigos de identificación con nombres de flores.

La muestra de enfermeras se obtuvo por saturación y redundancia⁶², entendido como el punto donde expresaron una diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos novedosos o nuevos de interés con relación al objeto de estudio.

2.4. Escenario

El escenario de la investigación fue el servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional Lambayeque, ubicado en el segundo piso, con un espacio físico de aproximadamente 100 metros cuadrados divididos en 7 ambientes (3 para hospitalización, uno para procedimientos, otro para ropa sucia, uno para preparación y conservación de leche y otro de servicios higiénicos) y una estación de enfermeras; el servicio tiene 6 incubadoras, cada una cuenta con equipamiento tecnológico de primera línea, que no necesariamente se encuentran listas para la recepción, pues generalmente se encuentran ocupadas por un recién nacido prematuro hospitalizado; así como lo están los seis puntos de oxígeno y aire comprimido (ideal para oxigenoterapia del neonato), también posee cuneros que son utilizados para neonatos prematuros que de acuerdo a su peso o estado de salud termorregulan sólo con abrigo.

El servicio está iluminado por luz artificial las 24 horas del día, ventilada por sistemas de aire acondicionado, los sonidos y alarmas que se derivan de cada aparato en uso, como el oxímetro de pulso, bombas infusoras, lo cual es cotidiano en el servicio de neonatología.

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista, semi-estructurada a profundidad, la cual fue grabada y duró un promedio de 30 minutos; y como instrumento, la guía de entrevista, la cual estuvo diseñada de

acuerdo al objeto de estudio determinado en las experiencias de las enfermeras durante el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro en el Servicio de Neonatología I del Hospital Regional Lambayeque.

La entrevista semiestructurada, afirma Hernández⁶⁰, está basada en una guía de asuntos o preguntas, en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. La entrevista constó de dos partes, la primera parte incluyó la recolección de datos generales de los sujetos de estudio, y en la segunda parte estuvieron las preguntas que permitieron obtener información sobre la temática a investigar, manteniéndose en anonimato los nombres de las personas través de la utilización de los códigos antes mencionados, así mismo, las grabaciones recolectadas serán guardadas durante dos años para luego ser eliminadas.

Cabe mencionar que la entrevista semi estructurada fue validada por juicios de expertos conformado por tres enfermeras especialistas en neonatología del Hospital Docente Las Mercedes, quienes revisaron el guion de la entrevista y después de realizado el estudio piloto para direccionar las preguntas al contexto natural se tomaron en cuenta las sugerencias del juicio de expertos, los participantes del estudio piloto no fueron considerados como participantes del estudio.

2.6. Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto por el comité de ética del Hospital Regional, con código Inv: 0811-061-18CEI y constancia firmada por Presidenta del Comité de Ética (anexo N° 03), se procedió a solicitar el permiso a la Enfermera Jefe del servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional de Lambayeque, con la finalidad de ubicar a los sujetos de estudio. Después, se procedió a contactar a las enfermeras del servicio de Neonatología, para obtener

su consentimiento informado y participación en el estudio; quedando con ellas en el día, hora y lugar de la entrevista.

Posteriormente se realizó la entrevista con cada enfermera, en dicha entrevista se usó un grabador de voz MP3 con la finalidad de registrar la información fidedigna y narrada individualmente. La entrevista duró 30 minutos, cada participante tuvo un código de identificación y las grabaciones permanecen con la investigadora hasta presentar el informe final de la tesis y pasado un tiempo prudencial serán eliminadas.

Recolectadas todas las entrevistas se procedió a transcribirlas en programa Word para su posterior procesamiento y análisis de datos, finalmente se elaboró el informe final de la tesis, previa revisión de la asesora.

2.7. Análisis de Datos

Los datos recolectados fueron procesados por análisis de contenido temático, que consiste en un proceso de tratamiento donde los datos textuales son descompuestos del corpus de los discursos para luego recopilarlos, ordenarlos, organizarlos primero en códigos y luego en unidades de significado, agrupados en categorías siguiéndole criterio de analogía, y de allí a la síntesis y descubrir qué es importante y qué aportaron a la investigación, de acuerdo al objeto de estudio.⁶³

El análisis temático, fue un proceso que paso por tres fases:

- **Pre análisis:** en esta fase se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de seleccionar información o datos más importantes, teniendo en cuenta que la información esté relacionada o centrada en los objetivos planteados de la investigación, después se organizó el material definiendo un plan que permitió examinar los datos y analizar el contenido de los discursos.

- **Codificación:** Previo a una lectura y re lectura de los discursos estos se fragmentaron para convertirlos de datos brutos, o sea el original, a datos útiles para la investigación. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento en unidades de registro, y la catalogación de elementos, siempre en función de su significación con la pregunta y objetivos de investigación. Implicó un trabajo inicial para preparar la materia prima que luego fue abstraída e interpretada, logrando obtener la identificación de palabras, frases o párrafos que tuvieron un significado destacable en relación a los objetivos de este estudio.
- **Categorización:** consistió en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, siendo el criterio fundamental el semántico, porque se agrupan las unidades por semejanzas en cuanto a su significado, estableciendo a la vez conexiones entre las mismas contrastando la realidad . De este proceso surgieron 4 categorías con sus respectivas subcategorías.

2.8. Criterios Éticos

La presente investigación se guio a la luz de los principios de la ética personalista de Elio Sgreccia: ⁴⁵

- **El valor fundamental de la vida humana .-** Cada participante de la investigación fue considerada digna de respeto en todo lo que manifestaba en sus discursos, ninguna fue utilizada como un medio para obtener información, sino personas con valor absoluto por ser portadoras de dignidad y derechos inalienables, cuya identidad fue mantenida en anonimato con el uso de códigos y durante el desarrollo de la investigación ningún participante fue dañado o perjudicado en su persona, por el contrario todos participaron, dando lo mejor de su experiencia.

- **El principio de la libertad y la responsabilidad.-** Los sujetos de estudio participaron de manera voluntaria y con consentimiento informado. El investigador por su parte mostró confianza y se dedicó a buscar la verdad y desarrollar la investigación tal y conforme fue aprobada, sin alterar los resultados a su libre albedrío, sino ciñéndose al rigor científico de la investigación cualitativa para encontrar la verdad del objeto de estudio.
- **El principio de socialización y subsidiaridad.-** con este principio al culminar la sustentación de la tesis, la información será compartida con las enfermeras y difundida en seminarios o congresos de neonatología y en el día internacional del prematuro con la finalidad de concienciar y llamar a la reflexión Bioética de gran importancia que tiene la protección de la dignidad y vida de los niños prematuros.

2.9. Criterios de Rigor Científico

Se tomaron en cuentas los criterios de rigor científico⁶⁴ siguientes:

- **La credibilidad:** Los resultados de esta investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas sustentado en base científica, logrado además cuando la investigadora recolectó información que produjo hallazgos que fueron reconocidos como fidedignos por los sujetos de estudio
- **La adaptabilidad o también llamada confirmabilidad:** comprende la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha realizado. Para ello fue necesario elaborar un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que se obtuvieron de la investigación. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o

similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

- **La transferibilidad o aplicabilidad:** con este principio existe la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos, este proceso se logra cuando el investigador describe de manera sencilla y clara el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, como lo realizado en la presente investigación.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuidado de Enfermería es el objeto de la profesión, sin embargo el fenómeno del “cuidado” ha existido desde siempre, originalmente asociado al problema del mantenimiento de la vida, hoy se alza como una actividad profesional que combina los conocimientos de la técnica con principios de prudencia derivados del precepto fundamental de respeto por la vida y dignidad de la persona.¹¹

Las experiencias de las enfermeras en el ámbito neonatal necesariamente se relaciona con la vida y la dignidad del ser a quien se cuida, puesto que pocos sucesos pueden compararse con el nacimiento de un niño, además los recién nacidos tienen capacidades sorprendentes y sin embargo dependen por completo de los demás en todos los aspectos⁶⁵, especialmente el neonato prematuro, quien debido a su vulnerabilidad e inmadurez física generalmente necesita de cuidados especializados y es hospitalizado en un área de cuidados neonatales, donde el cuidado enfermero juega un papel fundamental.

En el Servicio de Neonatología Intermedios I del Hospital Regional Lambayeque las enfermeras brindan cuidados que protegen al neonato y colaboran para que sus necesidades propias de la prematurez sean satisfechas, asimismo, la problemática de los nacimientos prematuros es amplia y demanda de conocimientos relacionados con la Bioética, como sostiene Espino⁶⁶, el interés por dar un cuidado humano y ético, se está volviendo insoslayable, lo que nos obliga a ciertos consensos mínimos ; sin embargo, las enfermeras se enfrentan a un número creciente de niños pretérmino, donde la sobrevida y presencia de complicaciones son proporcionalmente directas a la edad gestacional.⁹ Es por ello, que después de haber aplicado analizado los datos emergieron las siguientes categorías y subcategorías:

Cuadro N° 01. Categorías y subcategorías, resultado de: “Experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro. HRL- 2018”

N°	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
3.1.	CUIDADO ÉTICO PARA SALVAR Y PROTEGER LA VIDA DEL NEONATO PREMATURO	3.1.1. Aplicando competencias en la satisfacción de necesidades básicas
		3.1.2. Garantizando bienestar con la administración de medicamentos y practica de bioseguridad
		3.1.3. Defensa y Protección de la vida del neonato prematuro como derecho y responsabilidad
3.2.	NEONATO PREMATURO PERSONA DIGNA CON GRAN VULNERABILIDAD	3.2.1. Persona dependiente, vulnerable, indefensa con valor intrínseco
		3.2.2. Cuidado sin daño ante pronóstico reservado
		3.2.3. Singularidad del neonato prematuro con nombre propio
3.3.	CENTRANDO LOS CUIDADOS EN EL DESARROLLO Y FAMILIA DEL NEONATO PREMATURO	3.3.1. Acogimiento como segunda madre con presencia cuidadora
		3.3.2. Humanizando el cuidado con el método canguro y vínculo de los padres
		3.3.3. Interacción y protección ante discapacidades
		3.3.4. Respeto a la religión y educación a la familia del neonato prematuro
3.4.	LIMITANTES EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA VIDA Y DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO	

3.1. CUIDADO ÉTICO PARA SALVAR Y PROTEGER LA VIDA DEL NEONATO PREMATURO

El cuidado del neonato prematuro requiere de la praxis del conocimiento enfermero, y de éste modo se promueve la vida y la salud, que en el ámbito de la promoción de la vida humana se inscribe el tema de la defensa de la salud del hombre, puesto que sólo se puede hablar de salud de una persona viva.⁴⁵ Los cuidados comprenden los comportamientos y actitudes que se demuestran en la acción de cuidar, dichas acciones están aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer a los sujetos a quienes cuidan las enfermeras para mantener o mejorar su salud.²³

Además, los cuidados especializados, seguros y oportunos favorecen el adecuado desarrollo y maduración del neonato prematuro hospitalizado¹⁶; pero también procuran la seguridad del paciente, lo cual *“está vinculado con el respeto por la vida humana y exige la utilización de procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencia científica, cuya finalidad es coordinar esfuerzos para disminuir el riesgo de sufrir un daño prevenible en el proceso de atención de salud o de atenuar sus consecuencias ”*.¹¹

Apreciaciones y conocimientos que se narrarán en la siguientes subcategorías:

3.1.1. Aplicando competencias en la satisfacción de necesidades básicas prioritarias.

El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, pero desde un enfoque holístico, situación que engloba cuerpo, mente, espíritu, en un todo integrado, para que el cuidado sea brindado desde esta óptica, es primordial, que la enfermera cuente con conocimientos técnicos, científicos y éticos.⁶⁷ Específicamente, en el cuidado del neonato prematuro, supone un reto para el personal de enfermería del área neonatal dado su proceso de transición desde la vida intrauterina a la independiente, la cual puede estar marcada por múltiples problemas que ponen en riesgo su vida o integridad caracterizada por la

inmadurez de órganos y funciones vitales, fragilidad de sistemas y condiciones asociadas o desencadenantes del parto prematuro.⁶⁸

Dicha situación de salud requiere el despliegue de competencias especializadas por parte de la enfermera, dichas competencias como lo explica Waldow²³, son todas las cualidades necesarias al desarrollo de las actividades de enfermería que enrojan conocimiento, habilidades y destreza manual, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones; cualidades que permiten a través de la valoración identificar las necesidades del neonato prematuro para luego tomar la decisión de satisfacerlas. Además, sin dejar de lado el conocimiento científico es parte fundamental del cuidado, la dimensión espiritual considerada dentro de sus diez factores de cuidado para ayudar al otro en sus necesidades humanas básicas.²⁵

Dichas destrezas y cualidades las enfermeras las donan al momento de cuidar al neonato prematuro frente a su condición de fragilidad y situación de salud crítica con el único fin de salvarle la vida, para ello tiene que lograr satisfacer sus necesidades como las enfermeras lo expresan:

“... Implica satisfacer sus necesidades según prioridad, sabiendo que es totalmente dependiente, en la oxigenación, hidratación, alimentación, etc... todas sus necesidades básicas, incluyendo el afecto, el amor, que influye mucho en la recuperación del bebe para que salga del cuadro clínico en que se encuentra...” (Clavel), (Lirio)

“... El cuidado que se brinda es desde que ingresa, ver la parte respiratoria, de los antecedentes familiares, su integridad, que el lugar donde estará sea cómodo, sea abrigado, incluso al colocar una vía endovenosa, una sonda orogástrica... También puede ocurrir no tener el conocimiento en el momento oportuno y esto hace no poder dar lo mejor de ti y te cause de alguna manera cierta frustración...” (Orquídea) (Begonia)

“... Cuidar a un neonato prematuro es cuidar a un ser indefenso que depende de nosotros, y así poder brindarle un cuidado de calidad porque éste pequeño no nos puede decir qué es lo que le duele o lo que siente...” (Tulipán)

“... Mi cuidado es en base a conocimientos científicos, en base a la ética y al trabajo en equipo, siempre preparándome, muchas veces

olvidando los problemas personales; y eso demanda que uno esté concentrado...” (Rosa)

En cuanto la satisfacción de las necesidades del paciente, Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles, corroborando que brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también es integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.²⁶ Las enfermeras frente al cuidado del neonato prematuro razonan sobre la importancia del cuidado que ofrecen a un ser indefenso desde su ingreso, por eso se interesan y muestran preocupación en captar sus necesidades básicas teniendo como cimiento los conocimientos adquiridos en años y siempre actualizados, haciendo de su cuidado, un cuidado que produzca bienestar total y por qué no, integral.

Al respecto, Urbina⁶⁹, considera como una de las acciones a desarrollar por los enfermeros para el mantenimiento de la seguridad del paciente, la cobertura dentro de sus posibilidades de las necesidades básicas como oxigenación, alimentación, eliminación, comunicación y confort. Dichas consideraciones, las enfermeras lo detallan en el cuidado al neonato prematuro:

“... Cuidar a un neonato prematuro es centrarse en darle confort, poder anidarlo, requiere mucho arte, que esté cómodo, darle un ambiente que se parezca al de su madre, el pequeño, no nos va a decir si les duele algo o por qué llora porque es un bebe que no ha desarrollado completamente sus órganos, porque no ha terminado sus etapas de desarrollo como debe ser...” (Anémona)

“... Cuidar es brindar seguridad, mediante el anidamiento, elaborándoles nidos que son adecuados para él, vigilar sus constantes vitales, porque cuidar es hacer todo lo posible porque el neonato se encuentre bien, se encuentre cómodo...” (Geranio)

“... A la hora de las canalizaciones de vías endovenosas, procurar que sean lo menos traumáticas, le ponemos un chuponcito con glucosa y no sientan mucho dolor...” (Girasol)

“... Trato de brindar un cuidado humanizado, de calidad, tratando de equilibrar lo que es el cuidado especial, brindándole confort y la parte afectiva, porque él está sufriendo hay un desequilibrio por una ruptura del vínculo...” (Margarita)

Específicamente, durante la hospitalización neonatal, existen factores que afectan significativamente la necesidad de confort, que van desde la luz, temperatura, el ruido de los monitores o pulsioxímetros hasta los dispositivos para brindar oxigenación, tales como cánula binasal, prong de cpap; además de los procedimientos como canalizaciones endovenosas, colocación de sondas orogástricas, etc. Los procedimientos invasivos y dolorosos, así como la sobreestimulación ambiental, dan cuenta del proceso de adaptación del neonato, donde Enfermería es responsable del cuidado, debiendo poseer conocimientos sólidos, amplia experiencia y gran capacidad resolutive a fin de garantizar una atención humanizada y de calidad, orientada a satisfacer en lo posible las demandas del recién nacido prematuro.⁷⁰

En los discursos se hace alusión a la comodidad o confort, considerándolo como una necesidad que es preciso satisfacerla en el cuidado del neonato prematuro; y si el confort es un objetivo de cuidado, explica Contreras⁷¹ el profesional de enfermería tiene la responsabilidad moral para con las personas más vulnerables y debe dirigir sus intervenciones científicamente fundadas a resolver sus necesidades insatisfechas; lo cual permite transformar el confort históricamente concebido como una experiencia subjetiva, en una manifestación objetiva, al reconocer la comunicación no verbal del recién nacido pre-término y brindar a los profesionales de enfermería la pauta para identificar sus necesidades de confort y actuar en consecuencia con sus cuidados.

Asimismo, Cobeñas⁷² señala que el rol de enfermería en la atención del recién nacido prematuro satisface diferentes necesidades básicas, realizando diferentes acciones como mantener la termorregulación, alimentación, conservación de la integridad de la piel, conseguir el confort ambiental. Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología aplican sus competencias

durante el cuidado al neonato prematuro con el fin de satisfacer sus necesidades, priorizándolas según el estado del neonato y considerando al confort como una necesidad importante para brindar seguridad en el paciente prematuro.

3.1.2. Garantizando bienestar con la administración de medicamentos y praxis de la bioseguridad.

La administración de medicamentos es una actividad que realiza el profesional de enfermería y consiste en una serie de pasos, entre los cuales se destacan: la preparación de medicamentos, cálculo de dosis, monitoreo de los efectos terapéuticos, identificación y reducción de efectos adversos a medicamentos, supervisión de posibles interacciones medicamentosas y control de la toxicidad.⁷³ Asimismo, Sánchez⁷⁴ sostiene que la administración de medicamentos es un acto reflexivo en el que una persona da la indicación y es el profesional de enfermería quien antes de ejecutarla debe realizar un análisis profundo sobre el medicamento, su acción, dosis, vía y hora de aplicación así como de los intervalos, el nombre del paciente y el registro, todo con datos correctos situación que en enfermería son principios vigentes que rigen la administración de medicamentos y son llamados los cinco correctos.

Por tanto, es indispensable hacer conciencia en los profesionales de Enfermería de la responsabilidad de cumplir con las normas en la administración de medicamentos los “*cinco correctos*” y evitar con ello riesgos innecesarios a los pacientes que pueden en algunos casos ocasionar consecuencias graves.⁷⁵ Sin embargo últimamente se considera aplicar los diez correctos, como refiere Sánchez⁷⁴: medicamento correcto, verificar la fecha de vencimiento del medicamento, paciente correcto, dosis correcta, administrar el medicamento a la hora correcta, vía de administración correcta, preparar usted mismo el medicamento, no administre un medicamento que usted no halla preparado, administrar usted mismo el medicamento, registrar usted mismo el

medicamento, y la hora de administración en la historia del paciente, tener responsabilidad de la administración del medicamento.

Las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque, participantes en el estudio, corroboran con lo expresado en cuanto la administración de medicamentos, y lo refieren en los siguientes discursos:

“... Por el bienestar del bebe, veo el orden en la administración de los medicamentos por ejemplo, la prioridad en la que se les va a administrar...” (Begonia)

“... Mucho más delicado el cuidado que le damos, desde la administración de un medicamento hasta para manipularlo...” (Anémona)

La administración de los medicamentos en el Servicio de Neonatología, según los discursos, se realizan teniendo en cuenta el bienestar del neonato prematuro, puesto que para conservar y recuperar la salud del neonato, debe administrársele diferentes medicamentos, con diferentes propiedades farmacológicas, mecanismos de acción, efectos adversos, etc.; lo cual requiere del cuidado de enfermería, asegurando su bienestar antes, durante y después de la administración. Al respecto, Valderrama⁷⁶ afirma que la administración de medicamentos abarca varios procesos que van desde la prescripción médica hasta la preparación, aplicación y registro del medicamento, además de la educación al paciente y su familia; y cuando la enfermera comprende la complejidad que implica éste proceso, hay mayor probabilidad de garantizar que los medicamentos se preparan de manera segura, facilitando el tratamiento y disminuyendo el riesgo de errores o los efectos secundarios.

Pero, la administración de medicamentos al neonato prematuro no solo implica un conjunto de procesos, sino también actitudes, valores, y no solo de simples conocimientos, tal como lo enuncia Echeverri⁷⁷ al señalar que es necesario que los profesionales de enfermería cuenten con los conocimientos

científicos, técnicos y éticos para cumplir con los criterios mínimos de calidad en materia de seguridad, oportunidad y confiabilidad en la administración de medicamentos. Asimismo, el profesional de enfermería requiere de responsabilidad, compromiso y conocimiento para llevar a cabo esta tarea”.⁷⁶

El bienestar del neonato también se obtiene con la bioseguridad, la cual tiene que ser estrictamente practicada por las enfermeras para evitar las infecciones cruzadas o la complicación de su situación de salud; Castilla⁷⁸, señala que la importancia de la infección en este grupo de pacientes radica en las repercusiones que puede causar, además porque a lo largo de la historia, evitar y prevenir la transmisión de infecciones desde los pacientes a los trabajadores de la salud y hacia otros pacientes ha sido un gran desafío.

Entendemos por bioseguridad al conjunto de medidas y disposiciones que tiene como objetivo fundamental la protección humana, animal, vegetal y ambiental.⁷⁹ El conocimiento en Bioseguridad hospitalaria disminuye la probabilidad de contagio de enfermedades infectocontagiosas.⁸⁰ Es por ello, que la bioseguridad para los sujetos de investigación resulta importante, como se demuestra en los siguientes discursos:

“... Si no utilizamos medidas de bioseguridad, lo vamos a contaminar y lo podemos conllevar a la muerte...” (Azucena)

Como bien se menciona en el discurso, dentro de la bioseguridad existen medidas, que si se obvian se pondría en riesgo la salud del paciente, puesto que las normas de bioseguridad son las medidas y disposiciones que buscan proteger la vida a través del logro de actitudes y conocimientos adecuados.⁸⁰ Una de las principales medidas de bioseguridad es el lavado de manos, considerado por la Organización Panamericana de la Salud⁸¹ como el método más simple y efectivo para detener la diseminación de las infecciones, una medida importante para disminuir la contaminación microbiana ambiental, consiste en que el personal cumpla con los requisitos higiénicos adecuados a la función que realiza.

Asimismo, las precauciones estándares para el control de infecciones, las debemos utilizar con todos los pacientes, en caso de sospecha o contacto directo con fluidos corporales de los pacientes, sin importar el diagnóstico del mismo.⁷⁸ Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología refieren:

“... Tratamos de administrar los medicamentos en el horario y en el tiempo adecuado, verificando la dosis adecuada, la vía adecuada, la fecha de caducidad, concentrándonos para que las indicaciones sean claras en nuestros registros... siendo honestos y lavarnos las manos, calzarnos los guantes, y volver a lavarnos las manos cuando sea necesario....” (Margarita)

La epidemiología y las estrategias que pueden reducir éstas infecciones son bien conocidas y requieren de un esfuerzo del equipo de salud, sin embargo cada uno de los actores debe concientizarse sobre su papel en la prevención de infecciones y tener la voluntad de modificar comportamientos⁸², como lo manifiestan los sujetos de la presente investigación:

“... Sin dejar de cuidar las medidas de bioseguridad, nosotras permitimos que la madre y el padre estén inmiscuidos en el cuidado del neonato, sin negarles la entrada...” (Jazmín)

Tal como se refiere en el discurso anterior, en el Servicio de Neonatología el ingreso de los padres del neonato es necesario, no se les niega la entrada, sin embargo habrá que cumplir normas de bioseguridad que son parte de la normativa de cada servicio, plasmadas en su mayoría en documentos como manuales. Dichos documentos consideran que toda persona que ingrese al servicio: padres, personal de laboratorio, técnico de rayos X y otros (también deberán realizar el lavado de manos y colocarse mandilones), además toda madre debe lavarse las manos y realizar un aseo de las mamas antes y después de lactar a su hijo y luego de cambiar de pañal.⁸³

Por tanto, al garantizar el bienestar del neonato prematuro durante la administración de medicamentos y aplicación de normas de bioseguridad, la

enfermera brinda seguridad en su cuidado. Asimismo, hablar de seguridad en el paciente neonato implica, entre otras cosas, realizar un análisis y reflexión bioética que involucra a todos los profesionales que brindan la atención.⁷⁴

3.1.3. Defensa y Protección de la vida del neonato prematuro como derecho y responsabilidad

La Declaración de los Derechos Humanos⁵¹, presenta como uno de los derechos, el derecho a la vida: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*. El neonato por tanto, tiene derecho a la vida, primer derecho y el más importante para las personas recién nacidas, que deben ser asistidas adecuadamente en los servicios asistenciales que cumplan los requisitos para garantizar ésta condición.⁸⁴

La Constitución Política en el Perú, no es ajena a la protección de los derechos del recién nacido puesto que los protege desde la concepción en su artículo 2°, inciso 1: *“Toda persona tiene derecho: a la vida, a su identidad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece”*.¹⁰

El derecho a la vida también es defendida por diferentes profesiones como es Enfermería, que en su Código de Ética y Deontología⁵³, en el Capítulo II, Artículo 15, nos dice que la enfermera debe cumplir los deberes cívicos y cooperar con la participación ciudadana en defensa de la salud y la vida de la persona, familia y comunidad. Asimismo la Ley del Trabajo Enfermero (27669)⁵⁴, en el Capítulo II, Artículo 6 dice que la Enfermera es el profesional de la Ciencia de la Salud con grado y título Universitario [...]reconoce como su competencia y responsabilidad, como son la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud. Es por ello que las enfermeras refieren:

“... Yo respeto la vida porque yo le doy el cuidado hasta el último momento pese a la decisión que se tome (...) el derecho a la vida es el derecho que todo ser humano merece, definitivamente hay situaciones críticas, a veces se dice para qué reanimarlo si ese niño va a sufrir, podemos caer en el encarnizamiento terapéutico...”
(Orquídea)

Sgreccia⁴⁵, al plantear una Ética Personalista, sostiene que el principio de defensa de la vida física representa el valor fundamental de la persona misma, porque se debe entender que la vida corporal no agota toda la riqueza de la persona, la cual es también, ante todo, espíritu, y por eso trasciende como tal al cuerpo mismo y a la temporalidad. Sin embargo, el periodo neonatal es el momento de la infancia con mayor riesgo de fallecer, principalmente debido a las anomalías congénitas, la prematuridad y sus consecuencias, y la asfixia perinatal.⁸⁵

Por su parte, Waldow²³ señala que la muerte, así como el sufrimiento humano son desafíos y fuente de frustración para los profesionales de la salud, al mismo tiempo la muerte es un evento ineludible e inexorable, y la misión de éstos profesionales reside fundamentalmente en ayudar a morir, puesto que el ser que está por morir es un ser extremadamente vulnerable, por lo que ayudar a mejorar la calidad de lo que le sobra de existencia tiene un valor inestimable. Ésta ayuda realizada por la enfermera implican competencias en el cuidado especializado del niño prematuro que también son aplicadas en el Servicio de Neonatología, cuando tienen pronóstico reservado como se aprecia en el siguiente discurso:

“... El cuidado del neonato prematuro significa una gran responsabilidad ya que en nuestras manos se encuentra la vida de un niño que es indefenso en donde ponemos a prueba nuestros conocimientos y la humanización...” (Rosa), (Dalia)

Frente al discurso anterior, Guerrero y Cervera⁸⁶, concluye en su estudio, que las enfermeras al observar a un ser que lucha por su vida, se sienten desconcertadas no sabiendo qué hacer por un momento, sin embargo, pronto reaccionan y toman conciencia de su deber de proteger la vida. Watson²⁶ asume que el "día a día" de la práctica profesional requiere que la enfermera evolucione en su desarrollo moral, pues si bien es cierto, la formación de cada uno en la

infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es por ello, que los sujetos de investigación hacen referencia a la situación difícil que experimentan más allá de contar con conocimientos:

“Defender la vida está por delante, sin embargo se nos presentan dilemas éticos que con la experiencia vamos a poder resolver, pero el derecho a la vida está por delante” (Jazmín)

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano.⁵ Sin embargo, el rol de los profesionales sanitarios ante la muerte de un niño en el hospital no es fácil de definir, y la falta de guías lleva a cuestionarse si se actúa correctamente; puesto que no se tiene claro, si continuar con determinado tratamiento o dejar de aplicarlo.⁸⁷

“Siempre se debe defender primero la vida del niño, la última decisión no la tenemos nosotros (...) creo que debe ser Dios el que decida hasta dónde puede llegar, hasta cuándo puede dejar de existir, que tenga una muerte tranquila, y nosotros debemos salvaguardar su vida, tratando de dar un cuidado humanizado” (Lirio)

En los discursos se evidencia experiencias en la toma de decisiones, Martín⁸⁸, plantea dos principios que se han ido afirmando como centrales en la toma de decisiones en los recién nacidos en situación crítica, un criterio estándar del “mejor interés” para el paciente y, por otra parte, la participación de los padres en la discusión de esas decisiones como sus representantes. Del mismo modo, Sola⁸⁹, aconseja proveer el máximo de dignidad, respeto y confort posibles a cada uno de ellos para el resto de sus días, sea cual sea su número, y acompañar a la familia, a veces, en la últimas horas o los últimos días de la vida de un bebé con enfermedad irreversible, también es fuente de conflicto la decisión de qué suspender y qué no suspender.

Podemos agregar lo señalado por Bellieni¹³ al proponer un protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología, y considerar un criterio nuevo llamado “criterio del dolor”, según el cual los cuidados intensivos pueden ser interrumpidos o aliviados en caso de dolor o estrés evidentes e intratables, aclarando que en ese caso, el tratamiento debe ser reducido en intensidad hasta el punto de suspenderlo si no hay otra manera de reducir el dolor, sin embargo no considera aceptable suspender el tratamiento por una futura discapacidad.

Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque consideran que el cuidado y defensa de la vida del neonato es parte de su labor, sin embargo existen conflictos éticos, sobre todo cuando el riesgo de muerte de un neonato aumenta y es irreversible, en esas situaciones las enfermeras optan por trabajar en equipo y brindar un cuidado humanizado para que tenga una muerte con dignidad.

3.2. NEONATO PREMATURO PERSONA DIGNA CON GRAN VULNERABILIDAD

La dignidad es un término que se ha estudiado en diferentes ámbitos, y algunos sostienen que es un término difícil de definir, la dignidad humana es universal y común a todas las personas, tiene el carácter de un primer principio, y en este sentido puede verse como la fuente de derechos, constituyendo la base de los derechos humanos, y por ello, se refleja en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U) en 1948, o en los códigos de deontología de medicina, enfermería o psicología.⁹⁰

Por otro lado, Vial⁵², sustenta que la dignidad es un atributo o condición propia del ser humano, puesto que solo las personas tienen dignidad; y agrega que se obtiene con la existencia y se pierde con la muerte. Es por ello que el respeto por la dignidad de la persona durante la praxis de la enfermera, y a nivel

del equipo de salud se considera vital pues generalmente los pacientes se encuentran en situaciones difíciles, como los neonatos prematuros hospitalizados.

La actitud de respeto, se traduce en una actitud positiva sobre el otro, una actitud de ayuda y de cuidado.⁹¹ Efectivamente, afirma el mismo autor, el cuidado es una acción cotidiana y permanente a lo largo de la vida humana, más todavía, dada su fragilidad, tanto al comienzo como al final de la misma, que implica el acompañamiento y aplicación no solamente de recursos asistenciales, sino de un cuidado integral.

En el caso de la presente investigación, para brindar un cuidado integral a neonatos prematuros se precisa tomar en cuenta conocimientos de ética y bioética en neonatología. Pérez, argumenta: “... *los principios éticos que se aplican a los adultos no son fáciles de trasladar al caso de esos niños... la verdad de la ética médica tiene el deber de defender al más débil en un estado de indefensión y de gran vulnerabilidad ante cualquier intervención. Éste es el caso del neonato cuando padece una enfermedad grave que, por ello, es objeto especial de la ética*”.⁹² Aspectos que se aborda en las siguientes subcategorías:

3.2.1. Persona dependiente, vulnerable, indefensa y con valor intrínseco.

La persona es una totalidad objetiva o corpórea, indivisiblemente fundida otra no objetiva, en la que radican las dimensiones mental, emocional, espiritual y social, al mismo tiempo.⁹³ Los neonatos prematuros son reconocidos por las enfermeras como personas cuya protección y seguridad están en su manos, porque ellos no pueden verbalizar su sentir o sus dolores, la visionan como desamparada, pero a la vez reconocen que poseen un valor por lo que son, es decir un valor intrínseco llamado dignidad y son conscientes que a quien tratan independientemente de su situación de salud crítica es una persona.

Lo anterior, lo corrobora Ariza⁹⁴, al afirmar que todo lo que hasta ahora se ha dicho acerca de las responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios y de aquellas encargadas de la formación de los profesionales de la salud, se antepone que unas y otras deben tener permanente conciencia de que el servicio que prestan y la formación que reciben, debe estar a disposición de la PERSONA.

El cuidado se convierte en un ideal normativo que busca enaltecer la dignidad del enfermo como persona humana y miembro del cuerpo social, ya que la dignidad, designa aquella excelencia o preeminencia que le corresponde a los seres que son personas, es decir a los seres dotados de naturaleza racional.¹¹ Es por ello que la dignidad como algo propio de la persona humana debe cumplirse en relación a sí mismo y en relación a los demás, por esta razón Kant argumentaba que existe la obligación estricta de salvaguardar y hacer crecer la propia dignidad personal, si no es así se defrauda a uno mismo y a la humanidad entera.⁹⁴

Por tanto, el neonato prematuro en el Servicio de Neonatología, es una persona con dignidad, puesto que ésta no disminuye pese a la vulnerabilidad, que tiene que ver mucho con su prematurez y los factores externos que se encuentran alrededor de él, sin embargo el cuidado que brinda la enfermera también tiene en cuenta la protección de su dignidad, puesto que el cuidado como actitud ante la vida, se encuentra en la base de la existencia humana y es una actitud moral que promueve el compromiso y la solidaridad; más todavía, cuando cada uno de nosotros se humaniza o deshumaniza a través de sus acciones.⁹¹ Lo anterior se evidencia en el siguiente discurso:

“El prematuro tiene dignidad y es un ser humano como todos nosotros, que hace que nazca en ti sentimientos de amor, de empatía, representa una nueva vida, que es el futuro de una generación...” (Azucena)

Ya habíamos mencionado que el neonato prematuro en situación de enfermedad, se encuentra indefenso y vulnerable, en realidad todos los seres son vulnerables durante su existencia, pero hay momentos o circunstancias en que la vulnerabilidad se presenta más visible y necesitan cuidado²³, tal y como lo describen los sujetos entrevistados:

“... Cuidar de un neonato prematuro es cuidar de un ser muy vulnerable, que es muy frágil porque no se ha desarrollado completamente, es un ser que no estaba preparado para nacer... no considerarlo como un humano pequeño, sino como una persona integral...” (Margarita)

“Estamos trabajando con los seres más vulnerables (...) el neonato prematuro es una persona que vale mucho, por eso es importante que todo lo que se realice quede registrado...” (Geranio)

Las enfermeras razonan qué a quién cuidan es una persona, asumen una gran responsabilidad frente al valor reconocido de una persona portadora por sí misma de gran valía porque el neonato prematuro es frágil por su naturaleza y por la situación de su salud crítica. Al respecto, Germán⁹¹, invita a reflexionar si la propia acción y las de los demás son conforme a la dignidad que reclama la propia existencia y la del otro como seres humanos. Los criterios vertidos encuentran semejanza con los discursos de las enfermeras:

“Otro derecho es el de ser tratado como persona, como todos nosotros, sobre todo porque es un pequeño, es un ser indefenso, no sabe cómo actuar ante cualquier estímulo (...) el cuidado de un ser que están delicado, tan indefenso, que su única forma de manifestarse es a través del llanto...” (Girasol) (Begonia)

“Los neonatos prematuros son personas frágiles, totalmente dependientes y los cuidados que se tienen con ellos se hacen cuidando su integralidad, cuidando su espiritualidad, su estado emocional, haciendo partícipes a sus familiares...” (Jazmín)

“... Respetar sus tiempos, porque es un ser humano, más que atenderlo se suma la consideración que tienes por el neonato, y de qué manera oportuna le realices un procedimiento...” (Orquídea)

“... Porque son seres humanos, como en el caso de los pacientitos que tienen mal pronóstico, también es importante darle calidad de

vida hasta que sus funciones dejan de verse en la pantallita del pulsioxímetro...” (Anémona)

La importancia de la Bioética en Neonatología parte de la existencia de diferentes dilemas y la consecuente toma de decisiones, respetando los derechos del neonato. La toma de decisiones en el cuidado de un ser humano indefenso, como lo es el neonato, debe realizarse de manera objetiva, concienzuda y consensuada, puesto que el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.⁴¹

Los derechos del neonato prematuro y las decisiones que se toman en torno a su estado, no son aislados, sino que es preciso considerar a la familia, específicamente a los padres. Del mismo modo, Kukuradi¹², considera que la dignidad se relaciona mucho con los derechos humanos, esclareciendo la noción de ambos y poniendo en primer lugar el valor del ser humano, ya que dichos derechos son implicaciones prácticas de la dignidad humana, que exigen un trato igualitario para todos los individuos; y por ello son concebidos como normas “universales” en donde todos sin ninguna diferencia reciban y entreguen un trato especial.

Errasti⁹⁰, fundamenta que lo que se pretende conseguir a través del cuidado preservador o conservador de la dignidad, es que la persona siga manteniendo su integridad personal, tanto desde el punto de vista somático, como del psicológico, social y espiritual. Entonces, se puede concluir que las enfermeras del Servicio de Neonatología cuidan al neonato prematuro de manera integral, considerándolo como una persona digna, y recalcan su respeto debido a que las circunstancias que lo rodean lo hacen mucho más vulnerable.

3.2.2. Cuidado sin daño ante pronóstico reservado.

El avance de la neonatología en los últimos años, ha generado mayores niveles de sobrevivencia en los neonatos con diagnósticos de prematuridad, malformaciones, etc. Sin embargo, también existen casos en los que el neonato se encuentra con vida, hospitalizado pero con un pronóstico reservado o que no es favorable, ante ello, la enfermera como integrante del equipo de salud tiene el deber de cuidado, de adquirir educación continuada y convertirse en experta de un área, valorando cada situación específica y actuando razonable y prudentemente⁴¹, lo cual se pone en evidencia en los siguientes discursos:

“... En el caso de bebés en que se dice que ya no hay más qué hacer (...) yo creo que por eso no dejan de ser personas, por ello no vamos a dejar de darle los cuidados básicos y de alimentarlo, de tratarlo como cualquier otro bebé que tiene la posibilidad de tener un desarrollo normal.” (Girasol)

“... Se trata de no causar más daño, y en darle los cuidados básicos, hay prematuros extremos, que por la viabilidad no tienen buen pronóstico, tratamos de darles todos los cuidados que están a nuestro alcance...” (Azucena)

“... Hemos tenido bebés que están desahuciados, que no tienen buen pronóstico, pero eso no quiere decir que los vamos a dejar...” (Begonia)

“Damos lo mejor de nosotros en el cuidado, si se van de alta, los padres saben cómo son los cuidados en casa porque se les orienta, de lo contrario se dan los cuidados hasta que fallezcan” (Girasol)

Debe tenerse en cuenta la mejor evidencia científica, sin dejar de lado la humanización, la calidad del cuidado y las normas y protocolos establecidos en cada unidad neonatal⁴¹, puesto que, puede existir una actuación razonable y prudente de parte del equipo de salud, se cuenta con una tecnología avanzada, la mejor capacitación, sin embargo las enfermeras refieren un cuidado humanizado ante diferentes circunstancias.

Ariza⁹⁴, afirma que el estudio y la investigación que deben caracterizar a todos los profesionales de la salud, proporcionan herramientas que conducen a un conocimiento científico, moral y humano óptimos para ofrecer una atención dirigida no solo a la esfera biológica de la persona, sino también a sus otras dimensiones, las cuales tratadas en conjunto conducen a su cuidado integral, incluir a su familia y o comunidad, lo cual implica contemplar la dignidad humana.

Nuevamente, la Bioética entra a tallar en el cuidado del neonato, y aquí de manera específica, puesto que en neonatos con pronóstico desfavorable, se presentan dilemas éticos, que Garduño³⁷ hace referencia al decir que la situación del niño en estado terminal o afectado gravemente de manera irrecuperable y/o con calidad de vida muy limitada, representa uno de los grandes dilemas en Bioética, que bajo el enfoque del principialismo y otros modelos filosóficos, intenta que la atención médica se encamine siempre al beneficio del enfermo y reconoce, como propósito central, la dignidad del enfermo desde el seno materno hasta su muerte. Ante situaciones difíciles, las enfermeras refieren:

“... Hay neonatos que tienen diferentes diagnósticos, o que nacen con diferentes malformaciones, allí también nuestro cuidado es dedicado a ellos (...) quizás alguno de ellos no puede salir del cuadro en el que se encuentran, igual le brindamos un cuidado de calidad hasta donde ellos puedan resistir...” (Tulipán)

Las dificultades y los dilemas surgen cuando los resultados son inciertos, el tratamiento doloroso, costoso, y se sospecha un desenlace de discapacidad⁹⁰; uno de los casos en que se presentan con más frecuencia dichos dilemas es de los prematuros extremos y el límite de viabilidad. Lo anterior es llamado por Sola⁸⁹, “incertidumbre”, y señala que las diferencias en el enfoque de tratamiento de los bebés en límite de viabilidad reflejan diferentes interpretaciones de la misma información, y por ello clasifica tres tipos de opciones: 1) En relación con la probabilidad de supervivencia; 2) Se centra en la probabilidad de deterioro grave entre los sobrevivientes; y 3) Se refiere a la

dificultad de predecir el efecto que las decisiones tendrán sobre los padres y la familia en el futuro.

Según lo manifestado por las Enfermeras, se trata de que el cuidado continúe siendo de calidad, evitando en lo posible causar daño, sin que eso signifique dejar de brindar cuidados básicos, pese al pronóstico o situación irreversible del neonato prematuro. Y ante los esfuerzos por mejorar la calidad del cuidado y humanizar la atención de los usuarios, aparece un elemento que surge también en medio del crecimiento de las tecnologías y la ciencia, es el llamado ensañamiento terapéutico y junto a éste el término futilidad, la cual fue definida como cualidad de una actuación médica que o bien es inútil para conseguir un beneficio o bien lo consigue, pero a costo de molestias o sufrimientos desproporcionados para el paciente a costa de serios inconvenientes económicos, familiares o sociales.⁸⁵ Respecto a lo anterior, las enfermeras refieren:

“... Si el neonato tiene un diagnóstico en donde su pronóstico nos dice que no va a sobrevivir, debemos de darle los cuidados paliativos que se merece toda persona, evitando el dolor, no quitándole el alimento, sin caer en el encarnizamiento terapéutico, tratando de no vulnerar la vida del propio neonato ni de los familiares...” (Jazmín)

Teniendo en cuenta los discursos anteriores, es preciso agregar que en éste esfuerzo de brindar un cuidado adecuado a los pacientes terminales surgen los cuidados paliativos, coincidiendo con lo afirmado por Garduño: *“... estamos convencidos de que la asistencia para muchos de éstos niños la proporcionan los cuidados paliativos, que presentan a los clínicos un enfoque que no pretende prolongar la vida, pero sí darles comodidad, dignidad y respeto, evitándoles excesos...”*.³⁷ Ante ello, los sujetos de ésta investigación:

“... Aquí interviene mucho la dignidad, yo creo que uno debe fallecer con todo lo paliativo habido y por haber y no quitarle todo o parte de lo básico y necesario para él, porque todos somos seres humanos y merecemos morir dignamente...” (Geranio)

Por tanto es preciso mencionar que en el año 2013 el Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología publicó un trabajo sobre recomendaciones de los cuidados al final de la vida, sin embargo, aún existen dificultades en las Unidades Neonatales a la hora de disponer protocolos y guías sobre cómo favorecer un cuidado integral óptimo de los pacientes candidatos a Cuidados Paliativos y sus familias.⁸⁵ En el Servicio de Neonatología Intermedios I, aunque no se encuentran establecidos como Cuidados Paliativos, se realizan acciones que se asemejan a tales cuidados, que presentan un enfoque que no pretende prolongar la vida, pero sí dar a los pacientes un trato digno.

3.2.3. Singularidad del neonato prematuro con nombre propio.

El valor que se le da a la persona como tal durante el cuidado tiene diferentes maneras de expresarse, una de ellas es el llamarlo por su nombre, que tiene que ver con el trato como seres con dignidad y con la humanización del cuidado enfermero. Ariza⁹⁴, señala que cuando se identifica a alguien por su nombre se le hace sentir valorado como persona, se le individualiza, se le hace sentir importante, más seguro y con mucho menos frialdad.

En el Servicio de Neonatología, ingresan neonatos prematuros en su mayoría, al inicio se les desconoce el nombre, solo se sabe sus apellidos, pero una vez que los padres brindan el nombre y apellidos completos en los registros del hospital, como parte de la regularización de trámites, sería conveniente agregarlos a los registros de enfermería, de tal manera podamos conocer sus datos completos y llamarlos por su nombre. La UNICEF, al hacernos recordar los Derechos de los Recién Nacidos Prematuros, y enfatizando en el derecho número 8 que hace referencia a la familia, nos dice: *“El equipo de la salud muestra respeto hacia la familia del recién nacido prematuro cuando llaman por su nombre al recién nacido y a los miembros de la familia”*.⁹⁵

Con respecto al respeto que merece la persona del neonato y su familia, Ariza⁹⁴, también sostiene que *“el usuario, el paciente y/o su familia, ante todo*

son personas, es decir, que no solamente tienen una dimensión somática, psicológica y sociocultural, poseen también una parte espiritual que les da unidad y los integra al mundo de los valores y principios fundamentales de la vida; son seres con dignidad que merecen respeto". Asimismo refiere la misma autora que por ejemplo, decimos "el de la cama 8, el infarto complicado, la diabetes descompensada" en lugar de hablar de la persona que presenta estas alteraciones.

Las Enfermeras del Servicio de Neonatología, reconocen la importancia de llamar al neonato por su nombre, sin embargo reflexionan que hace falta avanzar en ese aspecto, como se evidencia en los siguientes discursos:

"... Yo creo que siempre hay que llamarles al menos por sus nombres, porque a veces caemos en llamarlos por la enfermedad..." (Geranio)

"... En el servicio, nosotras las enfermeras nos falta avanzar en el tema de llamarlos por sus nombres... A todo neonato prematuro deberíamos llamarlo por su nombre, nos falta al cien por ciento mejorar ese aspecto" (Margarita) (Anémona)

La problemática de no llamar al paciente por su nombre y reconocerlo por la patología, muchas veces hace olvidar al profesional la singularidad y unicidad del paciente, como escribe Valenzuela⁹⁶ y nos dice que los profesionales piensan que todos los cuidados que se realizan van enfocados a la patología aguda que padece en ese momento, siendo el objeto de cuidado y olvidándose del resto de la persona y de sus circunstancias. Aún más, nunca una enfermedad es igual a la otra, porque los sujetos son distintos y tienen historias y experiencias diferentes.

11

Por otro lado, en el Servicio de Neonatología, al interactuar la enfermera con pacientes pequeños, genera que la comunicación verbal sea con apelativos o vocablos diminutivos como muestra de cariño. Sin embargo, es importante llamar al paciente por su nombre y no con calificativos estereotipados de

presunta "ternura", como abuelita, madrecita, gordita, mi amor, los cuales dichos completamente fuera de su verdadero contexto, son términos que en algunos casos pueden llegar a desorientar y siempre afectan la autoestima, aparte de que podría ser una falta de respeto con el paciente.⁹⁴

“Tendemos a usar palabras de cariño como: “bebito”, “hijito”, que no los identifica específicamente (...) los llamamos también por su apellido, creo que si escuchan su nombre, ya se comienzan a identificar con ese nombre...” (Margarita) (Anémona)

De acuerdo al discurso anterior se habla acerca del proceso de identificarse, que en el ser humano puede desarrollarse incluso desde el vientre de la madre, por ende Llorca⁹⁷, menciona en su estudio que para facilitar la construcción de su identidad corporal y su propia supervivencia, el niño/a viene dotado naturalmente de los mecanismos que facilitan la vinculación con el entorno.

Por otro lado, Urrea²⁶, sostiene que la relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado, más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. Por tanto las enfermeras del Servicio de Neonatología consideran importante llamar al neonato por su nombre, a pesar de reconocer que es un punto en el que hace falta poner atención y reflexionan que es preciso corregir errores.

3.3. CENTRANDO LOS CUIDADOS EN EL DESARROLLO Y FAMILIA DEL NEONATO PREMATURO

Soria⁹⁸ refiere que el rol de los enfermeros como profesionales del cuidado es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y la consolidación de roles de los

progenitores. Dicho rol se hace mucho más trascendente cuando la salud del neonato se encuentra alterada debido a su prematurez y tiene que ser hospitalizado por varios días.

Durante la hospitalización, existe una ruptura del vínculo entre él y sus padres, especialmente de la madre, que muchas veces después del nacimiento se encuentra hospitalizada también, es así que el neonato permanece en el Servicio de Neonatología bajo los cuidados del personal asistencial, específicamente de Enfermería hasta que el contacto con sus padres se pueda concretar. Por tanto, los profesionales de enfermería deben conocer los mecanismos involucrados en el establecimiento del vínculo materno y el apego de los padres con el recién nacido para promocionar y apoyar la integración de los padres en el cuidado y recuperación de sus hijos.⁹⁹

Si bien es cierto, en las unidades neonatales se prioriza el contacto del neonato prematuro con la madre, con diferentes cuidados como la promoción de la lactancia materna y el método mamá canguro, el vínculo que establezca con ambos también se hace importante en los últimos años, como lo reconoce Gallegos: *“En relación a la participación de los padres, ya en los inicios del siglo XXI se reconoce ampliamente que los padres de los neonatos prematuros y enfermos se encuentran en situaciones especiales también, y que deben ser incluidos como sujetos de atención y que en el cuidado se requiere la participación de ambos padres”*.¹⁰⁰

Del mismo modo, Soria⁹⁸ recalca que la forma de vincularse de los padres con sus hijos es diversa de acuerdo a la cultura, pero en general tiene algunos ribetes similares en cuanto a redundar en la construcción y fortalecimiento de un espacio afectivo para el desarrollo de la personalidad y las cualidades propias del ser humano. Según Del Moral¹⁰¹, el cambio más reciente en la aproximación al cuidado es la introducción del concepto de que el recién nacido está integrado en una familia y el reconocimiento de que la familia desempeña un papel esencial en el cuidado de estos niños.

Se sabe que la familia es la célula básica de la sociedad, y la llegada de un nuevo ser trae consigo diferentes situaciones para los integrantes, más aún si llega en las condiciones que no se esperaban, antes de tiempo, como el neonato prematuro, generalmente hospitalizado en una unidad neonatal. La hospitalización no sólo afecta a los padres y al recién nacido, la familia también se involucra activamente; sus sentimientos y esperanzas puestas en el nuevo ser que hace parte de sus vidas se transforman en incertidumbre, produciendo cambios en la conducta, los patrones de vida y sus relaciones con los demás.¹⁰²

Como ya es sabido, al hospitalizarse el neonato, y muchas veces también la madre, el vínculo se rompe, mientras dure la hospitalización del bebe, al menos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional ocurre, los padres solo podrán ver a su hijo mediante visitas, y que el contacto que puedan establecer con el dependerá de su evolución clínica. Sin embargo, Egan¹⁰³ aclara que la entrada de los padres y madres en la unidad neonatal y la recuperación de su papel como cuidadores no deba justificarse desde la evidencia científica, sino que deba enfocarse más desde una perspectiva de derechos ciudadanos y de lo que ha sido natural en la especie humana, asimismo agrega el autor: “ *hay que recordar que la separación de los recién nacidos de sus padres y madres y la dificultad para poder permanecer a su lado cuando estaban ingresados, se instauró sin que nadie haya podido mostrar nunca ningún beneficio de esta separación.*”

Actualmente, en diferentes unidades neonatales, se establecen enfoques para ayudar a la pronta recuperación del neonato prematuro, una de ellas es el Cuidado Centrado en la Familia, que reconoce que los mejores resultados en atención en salud son posibles cuando la familia del paciente participa de manera activa en la atención a las necesidades emocionales, sociales y del desarrollo del niño. Lo anterior implica cambios en aspectos como el ambiente (espacios individualizados para las familias), la comunicación (encuestas, participación en toma de decisiones), y en las actitudes del personal.¹⁰¹ Asimismo, el núcleo de

ésta nueva filosofía se basa en un cambio de actitud, reconociendo a la familia como referente permanente en la vida del niño incluso durante su hospitalización.⁹⁷

Teniendo en cuenta éstos conocimientos, las enfermeras procuran la visita de los padres como parte de su cuidado humanizado, evidenciándose en las siguientes subcategorías:

3.3.1. Acogimiento como segunda madre con presencia cuidadora

El proceso de hospitalización del neonato prematuro implica diferentes cambios abruptos, que lo ponen en una situación mucho más vulnerable que de su sola condición como neonato, como su inmadurez, la patología, los factores externos, etc. De la misma manera, Cruz¹⁰⁴ considera que el recién nacido prematuro, debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, presenta una vulnerabilidad y sensibilidad a las enfermedades y agentes externos, que los hacen requerir de cuidados especiales, dónde el papel de enfermería es fundamental. Es por ello que los sujetos entrevistados refieren:

“... El cuidado al neonato prematuro es el acogimiento que se le da al recién nacido como si fuéramos sus segundas madres para ellos, porque las madres no se encuentran, nosotros permanecemos seis hasta doce horas con ellos, estamos pendientes de ellos...”
(Dalia)

“... La neonatología es una de las especialidades más lindas porque estamos trabajando con los seres más vulnerables, entonces es brindarles no solo el cuidado, sino un plus, es ser una segunda mamá...” (Geranio)

En los discursos anteriores, se menciona que la enfermera es como una “segunda mamá”, dado que el neonato requiere de cuidados especiales dada su prematurez, y por su parte enfermería permanece mayor tiempo con los pacientes, al ser el cuidado continuado; por ende, refiere Taborda¹⁰²: “son los únicos profesionales que permanecen en contacto directo durante las 24 horas del día con el recién nacido pretérmino, por ello favorecen el proceso de

adaptación, etapa ardua en la cual se consigue la madurez neurológica y fisiológica que puede tardar varias semanas o meses”.

Además, lo que refieren las enfermeras es que debido a los cuidados especiales que los neonatos prematuros requieren durante semanas o incluso meses, y en gran medida, de éstos cuidados depende su supervivencia, es frecuente que presenten dificultades para controlar la temperatura, la respiración y para alimentarse, y sobre éstas tres funciones, están destinados principalmente los cuidados enfermeros.¹⁰⁴ Por ello, Hernández¹⁰⁵, señala que actualmente en las unidades neonatales las enfermeras son las personas del equipo de salud que mayor tiempo permanecen al lado del recién nacido y por lo tanto, deben conocer el contexto del recién nacido y su familia para poder abordar el cuidado desde esa perspectiva integral que comprende tanto la ciencia como el arte de enfermería.

Si bien es cierto, y dadas las circunstancias las enfermeras brindan un cuidado especial y especializado, el equipo de enfermería también es consciente de que la intervención de los padres es trascendente para que el cuidado sea integral, pues al cuidar al neonato también se cuida a la madre, con quien generalmente, el neonato se vincula en un primer momento.

De manera empática, las enfermeras del Servicio de Neonatología sostienen que las madres deberían tener un acercamiento con su hijo durante la hospitalización, asimismo varios estudios lo confirman, como el de Ocampo¹⁰⁶, al señalar que el profesional de enfermería debe ser también la voz y el soporte particularmente de las madres para que ellas sientan a su hijo como propio, lo conozcan y tengan desde el momento del nacimiento la oportunidad de convertirse en madres cuidadoras competentes, debido a que el vínculo primario es del binomio madre hijo, a partir del cual el nuevo individuo sentará las bases afectivas que sustentarán su proceso madurativo emocional y el establecimiento de sus vínculos futuros.⁹⁸

Lo anterior no quiere decir que la enfermera incluya solo a la madre en el cuidado del neonato, sino que en un primer momento prioriza la presencia de la madre, sin que esto signifique la exclusión del padre o de la familia. Respecto a esto, Soria⁹⁸, nos dice que constituye un privilegio y conlleva la responsabilidad profesional inherente al cuidado de esa familia en situación vulnerable, poniendo en juego todo el conocimiento y las habilidades para promover un vínculo saludable, hábitos seguros de crianza y cuidado de salud.

Es por eso que las enfermeras del Servicio de Neonatología acogen al neonato prematuro y lo cuidan durante su estancia hospitalaria, realizando funciones propias de enfermería y a la vez asumiendo el rol de la madre cuando se encuentra ausente, asimismo extiende su cuidado a la familia, priorizando el vínculo del neonato con la madre.

3.3.2. Humanizando el cuidado con el método canguro y vínculo con los padres

Waldow¹⁰⁷ sostiene que humanizar las relaciones es una meta política establecida por algunos países y que encuentra respaldo en el cuidar, en la práctica resulta un desafío, por eso el cuidar es un desafío. En el caso del neonato también se cuida con la participación de sus padres, lo cual implica para el equipo de salud, específicamente la enfermera, un desafío también.

El cuidado que brinda la enfermera al neonato prematuro hospitalizado, no solo se reduce al neonato, sino que dicho cuidado es amplio y se extiende a incluir a los padres, generalmente priorizando la presencia de la madre. El cuidado canguro intrahospitalario puede ser una alternativa eficiente para modificar positivamente las vivencias de las madres y los padres de bebés prematuros hospitalizados.¹⁰⁶

Lopez¹⁰⁸, define al Método Canguro, como la atención a los bebés prematuros, manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre/padre, y los orígenes de este método están en Bogotá, Colombia, donde se desarrolló el

método canguro como alternativa a los cuidados en incubadora, inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer. Éste mismo método es el que se aplica en las unidades neonatales del Hospital Regional:

“... Se siente bastante emoción cuando la mamá siente a su bebé como mamá canguro, que el papá lo sienta, le hable, es bonito, muy gratificante cuando se involucra al papá y a la mamá, nosotros procuramos que actúen los dos padres...” (Azucena)

“... Cuando el estado de salud del bebé lo permite, se hace lo de mamá canguro, es un derecho que el bebé reciba el calor materno y favorece el vínculo afectivo ya sea con la madre o con el padre...a veces permanecen una hora o cuarenta y cinco minutos como mamá canguro...” (Anémona)

Los sujetos de investigación, consideran al método canguro más que un cuidado, como un derecho del neonato prematuro, pues como afirma Perez¹⁰⁹: *“se centra principalmente en la madre como fuente de calor, nutrición, estimulación y confort para el bebé, contando con el apoyo de los profesionales como primeros proveedores de los cuidados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de su hijo“. Al respecto, las enfermeras refieren lo siguiente:*

“... Uno de los derechos es el apego familiar, hacer que la mamita haga mamá canguro, que él sienta, que él huela a la mamá, que escuche los latidos de su corazón, porque él estuvo en su vientre, todo eso fue su ambiente anterior...” (Girasol)

Asimismo, diferentes autores justifican éste método por los beneficios que brinda al neonato prematuro hospitalizado, pues se ha puesto de manifiesto que el método canguro repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo del vínculo afectivo, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica.¹⁰⁸ Por tanto es considerado como una

de las intervenciones que se podría establecer en una unidad neonatal de manera ideal:

“... Tenemos que respetar los derechos del bebe, pero a veces no tenemos un lugar adecuado para realizarlo, por ejemplo la mamá canguro, sería ideal, pero no podemos brindar el tiempo que se requiere, los turnos se nos hacen cortos y el espacio también...”
(Dalia)

Según el discurso, existen limitaciones para poder realizar el método canguro de manera adecuada, Pérez¹⁰⁹, lo corrobora afirmando que el método mamá canguro aporta un cuidado racional y científico, promoviendo una asistencia de cuidados neonatales más humanizada, basada en el contacto piel con piel, lo más precoz, continuo y prolongado posible, estimulando la lactancia materna, el apego y restablecimiento del vínculo afectivo. Asimismo, requiere de tiempo, espacio y recurso humano, que se éste monitorizando si se está realizando adecuadamente, puesto que para participar en el método mamá canguro, los bebés deben estar en situación estable, poder deglutir normalmente y pesar al menos de 1.300 gramos, dependiendo de las normas de cada lugar¹¹⁰, además cuando hay una estabilización de los signos vitales o no presenta hipoxemia y/o bradicardia cuando se le manipula.¹¹¹

Es por eso que en el Servicio de Neonatología, las enfermeras hacen lo posible por ejecutar el método canguro y lo llevan a cabo para promover el vínculo afectivo porque conocen los beneficios que brinda al neonato y a los padres, sin embargo se realiza con limitaciones de espacio, tiempo y otros factores.

Si bien es cierto, la participación de la madre durante el cuidado del neonato prematuro juega un papel preponderante, el papel del padre es de suma importancia también. Asimismo, culturalmente el padre se ha visto como una persona poco importante en la crianza y participación en el cuidado de un prematuro, aspectos que descansan exclusivamente en la madre; sin embargo,

con la experiencia de asumir la responsabilidad de participar en el cuidado de su hijo prematuro hospitalizado descubre que entre él y su hijo existe un vínculo filial que los une y que no puede ser reemplazado por otro miembro de la familia.¹¹²

Con el avance del cuidado neonatal, la presencia de la familia se hace notar, específicamente la del padre, logrando un vínculo saludable con el neonato prematuro. Taborda¹⁰², refiere al respecto: *“la vinculación de los padres en el cuidado de sus hijos prematuros ha cobrado una gran relevancia en los últimos años, permitiendo fortalecer la esperanza de vida que tienen los padres acerca de sus hijos pretérmino que necesitan más que de la alta tecnología, una atención enfatizada en el amor”*

Corroborando lo mencionado, las Enfermeras del Servicio de Neonatología refieren:

“... Existen investigaciones en las que la presencia de los padres ayudan a la recuperación del bebé, les ayuda en la ganancia de peso, les ayuda a termorregular, a fortalecer sus defensas y nosotras hacemos que los padres se acerquen, hablen, toquen y mantengan contacto con su bebé...” (Jazmín)

“... Nosotras hacemos lo posible por vincular al bebé con los padres, no solo con las madres, porque ellos no saben cómo es el cuidado del prematuro, el apoyo que se les debe brindar debe ir de la mano con los cuidados de enfermería...” (Girasol)

Efectivamente, la presencia de los padres es de gran ayuda en el cuidado enfermero, generando así, diferentes beneficios no solo para el neonato prematuro, sino también para el personal de enfermería. Un estudio refiere: *“la enfermera percibe la presencia de los padres de modo altamente positivo, envolviéndolos permanentemente en el cuidado del neonato”*.¹¹³

Las Enfermeras reconocen que la presencia de los padres aporta beneficios para el neonato, puesto que la vinculación de los padres en el cuidado del recién nacido prematuro tiene beneficios como el fortalecimiento del vínculo afectivo

padres-hijo, reconocer ante los signos de estrés y aplicación de estimulación, promoviendo el crecimiento y desarrollo para lograr el alta en menos tiempo, y conllevando a la reducción de los costos de la atención.¹⁰² Sin embargo, la inclusión de los padres durante el cuidado, muchas veces no se puede llevar a cabo de manera ideal, según refieren las enfermeras que fueron entrevistadas:

“... A veces por falta de tiempo o por el estado de salud del bebe o por dificultades de personal en el servicio no tenemos mucho contacto con los padres, y parte del derecho del niño es que no se rompa el binomio que hay con sus padres, hacemos lo que podemos” (Margarita)

Por lo anterior, se evidencia que en el Servicio de Neonatología, se reconocen los beneficios del vínculo de los padres con el neonato prematuro, sin embargo existen limitaciones en el trabajo de la enfermera para fomentarlo; Serret¹⁴ considera que el cuidado enfermero del vínculo y apego se define por la situación de la unidad respecto a los cuidados centrados en el desarrollo; percepción e importancia del cuidado que brinda al vínculo entre padres e hijo; y por las dificultades y deficiencias reconocidas para dicho cuidado. Asimismo, la relevancia social y política de la vinculación de los padres, radica en el aporte que hará Enfermería a través de la implementación de intervenciones que serán la evidencia empírica que necesita la sociedad para favorecer el proceso adaptativo del prematuro, dando soporte en la toma de decisiones que contribuirán en el planteamiento de políticas institucionales, demostrando la esencia humana, el arte de enfermería, el cuidado humanizado.¹⁰²

La presencia de los padres durante el cuidado del neonato prematuro tiene beneficios, que la enfermera conoce y procura fomentarla generalmente en las visitas que realizan los progenitores como parte de un cuidado humanizado. El profesional de enfermería debe asumir el compromiso de liderar procesos de “cuidado humano”, ser la voz de los niños prematuros hospitalizados que necesitan, además de los cuidados especializados del equipo multidisciplinario,

del amor y la dedicación de sus padres¹⁰⁸, tal como lo expresan en los siguientes discursos:

“No dejar de lado que los padres estén en contacto con sus bebés, tener las puertas abiertas a los padres, hay que tratar de ser más humanos en ese sentido” (Geranio)

“... El cuidado a un neonato prematuro incluye un cuidado integral que va desde las alteraciones fisiológicas y el cuidado de su entorno, principalmente la familia, pese a las dificultades” (Malva)

Las enfermeras del Servicio de Neonatología consideran como parte de la humanización de su cuidado promover la visita de los padres, puesto que la humanización del cuidado genera que no solo veamos al neonato desde una perspectiva solo biológica o de su patología, sino que se le brinde un cuidado integral, teniendo en cuenta a sus padres y su familia, tal como sostiene Egan¹⁰³: *“cuando se concibe al recién nacido y su familia juntos, se contribuye al desarrollo emocional de la familia y se humaniza la atención”*.

La participación de los padres juega un papel importante, sin embargo puede generar impacto en ellos, debido a que es una experiencia nueva, a la que tendrán que adaptarse, puesto que la hospitalización puede durar muchos días o algunos meses, y el tiempo que tienen para la visita a sus bebés es corto. Al respecto, Taborda¹⁰² sostiene que durante el corto lapso de tiempo en el que permanecen en contacto los padres con su hijo es inminente que se sientan incompetentes para satisfacer las necesidades físicas y emocionales del recién nacido, debido a su apariencia, las características ambientales del lugar, al desconocimiento sobre su manejo y a las políticas de visitas.

En éste cuidado integral se hace partícipe a los padres del cuidado, a quienes hay que orientar para que puedan brindar también cuidados al neonato, y de alguna manera puedan ejercer el autocuidado. Asimismo, los profesionales de enfermería, por su relación cercana con los padres, pueden proporcionar cuidados centrados en la familia estableciendo una relación de ayuda terapéutica efectiva, reforzando actitudes y comportamientos positivos que ayuden a los

padres a adaptarse a la hospitalización, a aprender a cuidar de sus hijos y en algunos casos, a afrontar la pérdida y el duelo⁹⁹, dichos cuidados son referidos en el siguiente discurso:

“... Cuando un bebe está muy delicado, no sabemos en qué momento va a dejar de vivir, se le permite a los padres entrar a verlo, aunque sea en su último aliento de vida...” (Anémona)

“... Significa un gran reto no solo con el neonato, sino también con su familia, que tampoco lo esperaba tan pronto, hay mucha incertidumbre, y viven una especie de duelo porque no saben si el bebe va a sobrevivir o no...” (Margarita)

En el Servicio de Neonatología las visitas tanto de la madre como la del padre tienen horarios, que hacen que se les restrinja de alguna manera la entrada a los padres, sin embargo vemos que existen circunstancias que sin tener en cuenta horarios, se permite la entrada, humanizando en cierto modo el cuidado. El papel de la enfermera es amplio cuando se quiere incluir a los padres y humanizar el cuidado, Aparecida¹¹³ refiere que la enfermera aclara dudas de los padres y esa acción se origina en la consciencia de esa profesional, y se proyecta en dirección al propósito de disminuir la ansiedad, de facilitar que estén con el hijo para que puedan sentirse confiados e integrados en el papel de padre y madre que auxilian en la recuperación del niño, respetando su fe y sus creencias.

3.3.3. Interacción y protección ante discapacidades

La neonatología, en los últimos años ha avanzado a pasos agigantados, lo que ha traído grandes beneficios, como la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, Gutiérrez- Padilla¹¹⁴ argumenta que en la actualidad, en el campo de acción de la neonatología se cuestiona la eficacia y seguridad de algunos tratamientos y su contribución al desarrollo de daño neurológico, por lo que es imperativo la detección y control de estos pacientes.

Por su parte, Parada⁴¹ en su estudio sobre humanización en el cuidado neonatal, explica que a menor edad gestacional, menor posibilidad de sobrevivir

y mayor riesgo de discapacidad. Del mismo modo, muchos autores argumentan que es urgente prevenir enfermedades que originan neurodiscapacidad y de manera especial la prematurez que se considera como la principal causa de discapacidad en el mundo.¹¹⁰

Por tanto, el desafío del cuidado enfermero es coadyuvar a mejorar la calidad de vida minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico que le permita integrarse a la vida familiar y a la sociedad.⁹ Lo anterior, se relaciona con lo que manifiestan las enfermeras del Servicio de Neonatología en sus discursos:

“... Sabemos de la plasticidad cerebral del bebe y la importancia de que sea estimulado por sus padres (...) asimismo si el neonato tiene alguna limitación, entonces el fundamento está allí escrito y sabido pero es necesario aplicarlo en el cuidado para no tener prematuros con alta tasa de discapacidad...” (Azucena)

Las intervenciones de enfermería, realizadas de manera correcta, permiten reducir el riesgo potencial de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del prematuro, siendo su rol, interpretar la conducta del recién nacido, implementando de manera eficaz acciones que favorezcan una evolución positiva en su desarrollo; en éste contexto, la enfermera, en su valoración, detecta información proveniente del propio prematuro, quien es considerado el verdadero protagonista de su proceso.⁷⁰ Todo ello, corroborado en los siguientes discursos:

“... Interactuando con el neonato prematuro para mejorar su salud, evitando secuelas y mejorar su calidad de vida...” (Jazmín)

“... Estar actualizadas para brindar un buen cuidado de acuerdo a la patología del neonato, con el fin de que llegue a ser una persona que se pueda desenvolver en la sociedad sin discapacidades...” (Rosa)

Es indispensable revisar la evidencia científica, las normas en cada país y la aplicación del cuidado para llegar a consensos en que la calidad de vida, la

humanización del cuidado y la muerte digna sea el resultado de la unión entre ciencia y el respeto por el ser humano como persona⁴². Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología, consideran que para reducir el riesgo de discapacidad es importante estar actualizadas en conocimientos y brindar un cuidado humanizado, adecuado y oportuno.

3.3.4. Respetando la religión y educación a la familia del neonato prematuro

Una de las necesidades del ser humano es la espiritual, de la cual no está exento el neonato y su familia, y es preciso tenerlo en cuenta para poder brindar un cuidado integral. Lo anterior lo corrobora Ariza⁹⁴, al mencionar que para que la atención brindada por dichas instituciones de salud, sea de calidad el grupo de profesionales encargado de hacerlo, debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino desde todas las dimensiones del hombre: costumbres, cultura, creencias religiosas, etc.; del mismo modo sostiene que dichas dimensiones en un momento determinado caracterizarán la atención que éste requiera.

Ganar conocimiento de la cultura de los otros facilita la interacción para proporcionar el cuidado por cuanto la enfermera, puede concertar las acciones potenciales y las alternativas de cuidado que se basan en las creencias y valores de las personas y de las familias a quien cuida.⁶⁵ Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología señalan:

“... De acuerdo a la religión que la familia profesa, se les hace partícipe de los sacramentos, que ayudan a aliviar también el duelo anticipado que atraviesan...” (Margarita)

“De acuerdo también a la religión de sus padres, si ellos quieren bautizarlo o su agüita del socorro, o una oración, una biblia, o que tengan sus estampita, es su derecho del bebe y un derecho familiar creo yo...” (Anémona)

“... Cuando los diagnósticos son muy desfavorables, ya no se realizan las maniobras de reanimación cardiopulmonar porque se le hace tener una muerte no digna, una muerte muy dolorosa, solo se da el soporte vital básico, se les dice a los familiares para que se

despidan, que traigan al sacerdote, al pastor para que los bauticen...” (Azucena)

Lo anterior se relaciona con lo que Guerrero y Cervera ⁸⁶ pues concluyen en su estudio, argumentando la preservación de la dignidad humana, al cuidar la vulnerabilidad, la atención a las necesidades básicas y al buscar la trascendencia de la persona, convirtiendo al bebé prematuro en hijo de Dios a través del bautismo, garantizando su pronta recuperación. Asimismo, la hospitalización del neonato tiene un gran significado para la espiritualidad y la fe de la familia, vulnerable ante el diagnóstico y pronóstico del hijo prematuro.

Como se observa en los discursos, las enfermeras respetan la fe y creencias de la familia, también es preciso comprender las circunstancias por las que atraviesan los padres, como lo que refiere un estudio de las experiencias del padre durante la hospitalización de su hijo: *“la hospitalización del recién nacido pretérmino extremo genera en el padre cambios en la estructura social y cultural (...); los cambios surgen en los siguientes factores: religiosos, espirituales y filosóficos; sociales y de parentesco; educativos; económicos, políticos y legales; valores culturales, creencias y estilos de vida”*. ¹¹²

Jean Watson²⁵ considera en sus diez factores de cuidado: "ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad, por eso este individuo libre con creencias propias, es un ser para el cuidado". Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología, dadas las diferentes circunstancias respetan la religión y la fe, en éste caso de la familia del neonato, puesto que el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación. ²⁶

Parte de la protección de la vida y dignidad del neonato prematuro es apostar por la familia para que aprenda a optimar sus cuidados con su hijo

premature, teniendo en cuenta que la hospitalización del recién nacido produce una intensa sacudida emocional en los padres, quienes tanto antes como durante ésta pueden llegar a presentar reacciones tales como: negación, proyección e irritabilidad o enojo, situaciones que explicarían el rechazo al diagnóstico, la atribución de la responsabilidad de la enfermedad a sí mismos, como mecanismos de enfrentamiento del miedo y la impotencia propia de esta circunstancia¹⁰². Por ello, uno de los factores de cuidado de Jean Watson²⁶ es participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.

Si bien es cierto, la enfermera posee un papel primordial en la administración de los cuidados de acogimiento, bienestar, estimulación e intervenciones ambientales de modo a promover el contacto piel con piel, el desarrollo del bebé y el fortalecimiento de lazos afectivos en la familia¹¹⁵, la tarea de enfermería al trabajar con los padres no se limita a ciertos procedimientos que propician el vínculo afectivo, sino también incluyen educación en cuanto a los cuidados físicos que tendrán con el neonato una vez que vaya de alta. Igualmente, hacer que las madres participen en actividades básicas de cuidado profesional como el cambio del pañal, el masaje y la hidratación de la piel, el baño y la limpieza, el cambio de tendido, entre otros, hará que el equipo de Enfermería esté realmente con los padres y posibilite el fortalecimiento del vínculo.¹¹⁶ Es por ello que las enfermeras del Servicio de Neonatología refieren:

“... Aquí se incluye en el cuidado a la familia (...) primero la mamá puede observar primero cómo se cambia el pañalito, porque cuando vaya a casa es ella quien lo va a cuidar ó que sea la madre quien le de la leche al bebe, sin embargo nos falta aún actualizar esas cosas...” (Anémona)

“Pero hay momentos en los que se puede educar a la familia, y se siente emoción” (Azucena)

“Sería ideal brindar educación a la mamá, al papá, lo hacemos pero a veces no se puede” (Tulipán)

Tal como señalan las enfermeras del Servicio de Neonatología, aún falta actualizar éstas intervenciones, lo cual no significa que sean menos importantes en el cuidado neonatal, y puedan en un futuro establecerse y aplicarse con el fin de beneficiar a los neonatos prematuros y a su familia. Taboarda¹⁰² cita a la Teoría de Enfermería con el enfoque conceptual de la adaptación y nos dice que dentro del proceso de cognición según Roy toman parte la emoción, la conciencia, los estímulos, la percepción, el juicio y el aprendizaje, éste último es necesario para que los padres logren desempeñar adecuadamente su rol como producto de la enseñanza, asesoramiento y compañía por parte de Enfermería.

Sin embargo Watson sostiene que la información es un componente de la educación, pero no del todo, pues si se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.²⁶ Por tanto, las enfermeras del Servicio de Neonatología educan a la familia en la medida de lo posible pero no de un modo ideal debido a diferentes situaciones antes descritas.

3.4. LIMITANTES EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LA VIDA Y DIGNIDAD DEL NEONATO PREMATURO.

Existen diferentes intervenciones de Enfermería para cuidar la vida y la dignidad del neonato prematuro, puesto que para lograr una atención de excelencia en los servicios de neonatología se debe disponer de un personal calificado y de sobresaliente formación, contar con una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de una adecuada tecnología.¹¹⁷ Sin embargo en nuestra realidad las circunstancias a veces no son las ideales para facilitar dicho cuidado, ocasionando se produzcan limitaciones para poder brindar un cuidado integral y de calidad, tal como el contacto con los padres y la familia durante la hospitalización, recursos humanos, materiales y de infraestructura.

Para empezar podemos definir al Servicio o Unidad de Neonatología como la sección intrahospitalaria que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatos, la asistencia y reanimación en la sala de partos o pabellón e incluye la atención del neonato que se encuentra en puerperio con su madre.¹¹⁸ En el Hospital Regional existen cuatro áreas neonatales, una de ellas es el Servicio de Neonatología Intermedios I, que cuenta con una determinada implementación que muchas veces no cubre la demanda de pacientes que generalmente es mayor a su demanda.

Ante lo descrito en el párrafo anterior, Sánchez sostiene: *“la falta de recursos humanos en enfermería, tiene como consecuencia que no se respete el índice enfermera-paciente y haya una sobrecarga de pacientes bajo su responsabilidad, lo que repercute en que ella debe priorizar los cuidados dejando de lado algunos que aparentan no ser importantes pero si indispensables y que el retardo en la ejecución de ellos, provoca la disminución de la calidad de la atención”*.⁶⁷ Respecto a ello, las enfermeras refieren:

“... Existen factores en el área de trabajo, el tiempo se nos acorta, hay mucho trabajo que se recarga, hay ingresos de pacientes... a veces se estanca todo, todas las ideas buenas que uno pueda tener para mejorar demoran para ser efectuadas...” (Anémona)

“... A veces el cuidado que propiciamos al neonato es difícil cuando faltan las enfermeras o algún técnico de enfermería en los turnos, por la cantidad de pacientes (...) o el espacio es muy pequeño” (Azucena)

Por tanto, en la realidad donde se realizó la investigación, el recurso humano no resulta ser lo suficiente, Soria¹¹⁹ afirma que la problemática del déficit de recurso humano de salud se ve exacerbada en neonatología dadas las características de la población asistida y la creciente complejidad, haciéndose necesarias posibles estrategias de gestión que permitan una mejor determinación del grado de complejidad y una optimización del recurso humano disponible en pro de mejorar los resultados en la supervivencia y salud de los recién nacidos.

Asimismo, Kosar¹²⁰, en su estudio mostró que todos los sectores presentaron exceso de carga de trabajo debido a una cantidad de personal inadecuado y una elevada demanda de cuidados; las horas de asistencia relevadas se muestran superiores a las horas preconizadas por las legislaciones; el equipo disponible en el servicio presentó una cantidad de personal de enfermería inferior cuando es comparada al cálculo por la carga de trabajo o a las legislaciones vigentes. Por otro lado, refiriéndonos al equipamiento e infraestructura, el servicio o unidad de neonatología deberá estar dotada del equipamiento necesario para otorgar un adecuado soporte vital del paciente neonato enfermo, recuperar su gravedad hasta lograr condición de estabilidad y mejoría, además poder dar el apoyo necesario de confort cuando no podamos curar.¹¹⁸

Por su parte, el Servicio de Neonatología I cuenta con 7 ambientes y una estación de enfermeras, de los cuales 3 son utilizados para la hospitalización de neonatos con alguna patología, con tratamiento endovenosa por vía periférica y/o central (catéter umbilical o catéter central de inserción periférica), que se encuentran en fase ventilatoria II-I (CPAP nasal, cánula binasal, casco cefálico); y si nos referimos a los equipos con los que cuenta, hay incubadoras, pulsioxímetros, mezcladores de oxígeno y aire comprimido, servocuna, bombas infusoras, etc., sin embargo no son suficientes por la alta demanda de pacientes. Por ello las enfermeras entrevistadas manifiestan:

“... Dar un cuidado humanizado, a pesar de las dificultades en la parte de la logística y de insumos, a veces no tenemos los equipos necesarios, pero se trata de que sus necesidades se satisfagan, dentro de lo podemos, para que pueda salir del cuadro clínico en el que se encuentra...” (Lirio)

“... Al realizar el cuidado, hay veces que tenemos la carencia de equipos, como pulsioxímetros, incubadoras, que necesitan los prematuros para ser monitorizados y atenderlos adecuadamente...” (Dalia)

Por tanto, los recursos no son los suficientes en el área donde se realizó la presente investigación, lo cual se opone a lo afirmado por la Organización Mundial de la Salud, que hace énfasis en la calidad asistencial, para asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos para lograr una atención óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente y del servicio médico para los mejores resultados con el mínimo de riesgo y la máxima satisfacción del paciente y su familia.⁴¹

Sin embargo, frente a las distintas limitaciones que las enfermeras mencionan, es preciso agregar lo que Watson señala como uno de los factores de cuidado al uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer, ante la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión²⁶, tal como lo manifiestan las personas entrevistadas:

“Existen dificultades que las superamos con nuestra creatividad... también existen limitaciones materiales en cuanto a recursos de pulsioxímetros, incubadoras, y hasta el mismo espacio es limitado...” (Malva)

Otro aspecto importante para asegurar el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro es la familia, teniendo en cuenta que la etapa perinatal es un “período crítico” en que las familias están más sensibles a las sugerencias y opiniones del personal de salud.¹²¹ Es por ello, que dentro del Servicio de Neonatología se da mucho valor a la información que se brinda a los padres, más aún si se trata de la evolución del neonato:

“...Tampoco nosotros podemos brindar mucha información, porque es el médico quien da los informes (...) podemos dar cierta información para que el familiar se tranquilice, hasta que le den una información completa, con diagnósticos, con exámenes...” (Begonia)

“... El médico es el encargado de dar informes a los padres, nosotros no podemos brindarles quizás la información completa, pero podemos darles un alcance de cómo se encuentra el bebé, porque yo lo estoy cuidando...” (Geranio)

Según los discursos, las enfermeras respetan las funciones de cada profesional, en éste caso del médico, quien se encarga de brindar información exacta acerca de la evolución y estado de salud del neonato, sin embargo también precisan que brindan cierta información con el fin de tranquilizar al familiar, dadas las circunstancias. Al respecto, Sola⁸⁹ señala que es siempre adecuado proveer la mejor y más completa información posible en forma simple y con empatía, sin caer en tecnicismos y elucubraciones esotéricas, difíciles de comprender por los padres; además, porque las intervenciones con familias pueden mejorar el conocimiento materno, la sensibilidad, la contingencia y una mejor adaptación al estrés.¹²¹

Otro aspecto importante en el cuidado del neonato son las visitas de los padres y/ o familiares, que según la literatura nos dice que afianza el neurodesarrollo del bebe, siendo uno de los pilares de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD); asimismo, la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos recién nacidos ingresados es uno de los pilares de los CCD. Para ello se precisa que las unidades neonatales estén abiertas a los padres las 24 h del día y de esta forma se facilitarán la lactancia materna y el cuidado canguro, así como el papel de los padres como cuidadores de sus hijos¹²², sin embargo en el Servicio de Neonatología no se realizan éstos cuidados de manera ideal, tal como lo manifiestan las enfermeras:

“... Una de las dificultades que tenemos es que aún somos un hospital a puertas cerradas, es decir que los padres no pueden estar todo el día con sus bebés, a diferencia de otras unidades neonatales como Argentina o España (...) allí no se les restringe las visitas...”
(**Margarita**)

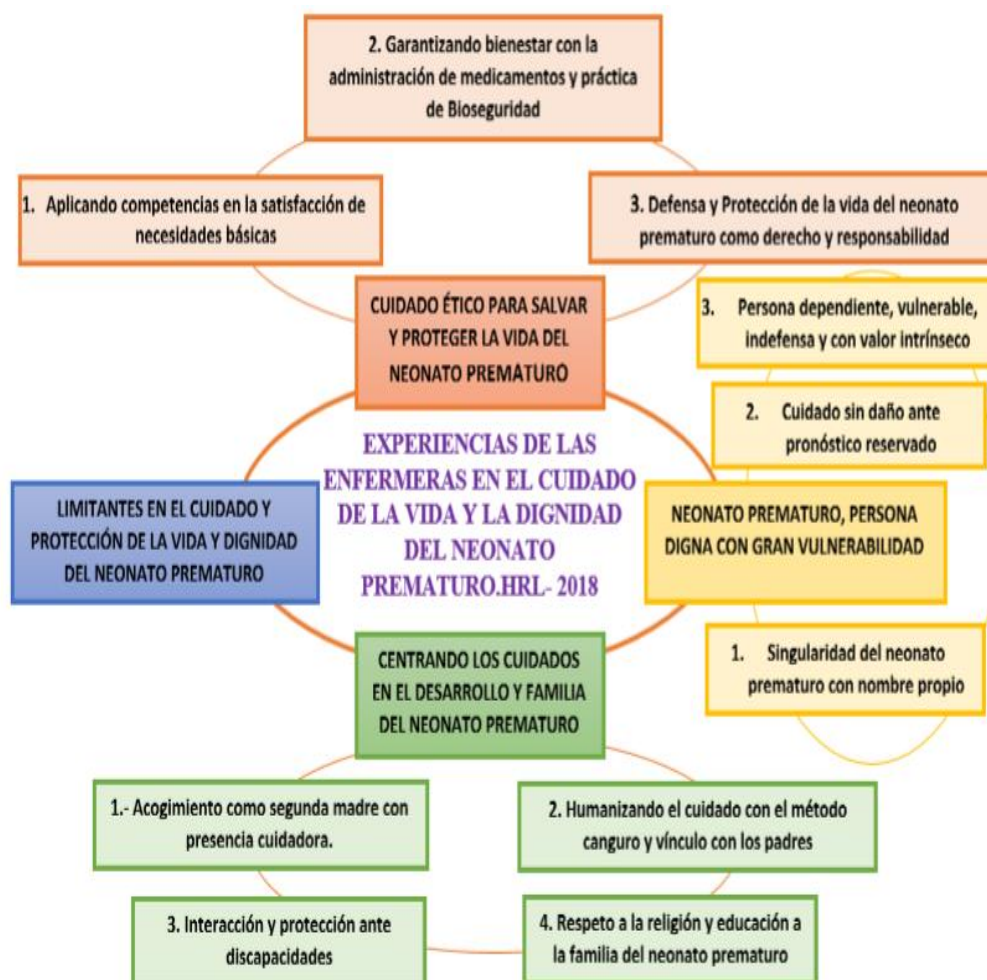
“... Es parte de nuestro cuidado permitir que la madre y el padre estén inmiscuidos en el cuidado del neonato, sin negarles la entrada...” (**Jazmín**)

Según los discursos, las enfermeras hacen referencia a los hospitales de puertas abiertas que funcionan de esa manera en otros países, donde los padres

e incluso la familia completa pueden tener contacto con el neonato, sin embargo el cuidado que ellas brindan y las circunstancias solo permiten la entrada del padre y de la madre en horarios establecidos. Diversos estudios señalan que la implicación de los padres en el cuidado de su hijo acorta la estancia en el hospital y es importante para la relación de los padres con su hijo, asimismo las políticas de puertas abiertas y la actitud de apoyo de los profesionales en las unidades neonatales son fundamentales para ayudar a los padres a sobrellevar el sufrimiento y los sentimientos de alienación que tienen después del nacimiento de su hijo prematuro.¹²²

Por un lado las enfermeras participantes del estudio, corroboran los beneficios de llegar a ser una unidad de puertas abiertas, pero por otro, son conscientes que es una debilidad en su servicio porque sólo los padres ingresan a ver al neonato con horarios restringidos. Además, existen otras circunstancias de tiempo y espacio por ejemplo, lo cual no se ajusta a un cuidado centrado en el desarrollo y la familia del neonato prematuro, puesto que *“las unidades neonatales deben favorecer la promoción de la lactancia materna y los cuidados centrados en el desarrollo, (...) deben permitir que la asistencia cumpla con las necesidades fisiológicas y psicosociales de los neonatos, padres y familias; los padres o responsables deben tener acceso a sus recién nacidos 24 h al día y 7 días a la semana, independientemente del nivel de cuidados”*.¹²³

A continuación se ofrece la gráfica **del Modelo Conceptual sobre las Experiencias de las Enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro (Fig. 01)**



Fuente Elaboración propia

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

- Las enfermeras del Servicio de Neonatología I brindan cuidado para salvar y proteger la vida del neonato prematuro, para lo cual aplican competencias para satisfacer las necesidades básicas, administran medicamentos, aplican medidas de bioseguridad y en esta realidad, respetan y promueven el derecho a la vida.
- Durante su cuidado las enfermeras del Servicio de Neonatología I reflexionan que a quien cuidan es una persona con dignidad y a la vez muy vulnerable, indefensa, que merece respeto, poseedora de nombre propio; además aplican sus conocimientos y criterios éticos para no causar daño cuando el pronóstico no es favorable.
- La mayoría de enfermeras reconocen que los cuidados centrados en el desarrollo y familia tienen múltiples beneficios para el neonato prematuro, por ello desarrollan el rol de segunda madre, humanizan el cuidado motivando a las madres a realizar el método canguro y vinculando a los padres con su hijo, protegen al neonato de la posibilidad de presentar discapacidades, respetan la fe y creencias de los padres y los preparan para el alta; y a pesar de tener limitaciones, priorizan el bienestar del neonato.
- Existen factores que impiden brindar un cuidado ideal como la infraestructura, equipos, tiempo, espacio, y en ocasiones, recurso humano, por lo cual las enfermeras tratan de superar éstas limitaciones con su trabajo diario, pero también reconocen aspectos por mejorar tanto a nivel hospitalario, del servicio de neonatología y del cuidado enfermero.

CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES

A los profesionales de enfermería:

- Promover la práctica de valores dentro del trabajo para un mejor cuidado y atención al neonato prematuro y a su familia, así como la mejora continua en las acciones de enfermería.
- Capacitación y actualización en conocimientos relacionados con la neonatología y también con la Bioética.
- Trabajar en equipo, para poder superar las diferentes limitaciones.

A las instituciones de salud:

- Mejorar la distribución de insumos, infraestructura y de recursos humanos especialmente en los servicios de neonatología asegurando presupuesto, equipos y materiales.
- Promover la capacitación en conocimientos teóricos y prácticos en bioética.
- Implementar proyectos y/o programas que promuevan el cuidado centrado en el desarrollo y familia del neonato.

A los padres y familiares:

- Hacerse presente en el servicio y procurar el contacto con el neonato prematuro de acuerdo a sus circunstancias y tiempo.
- Colaborar en el aprendizaje de los cuidados al neonato para aplicarlos en el hogar.

A las Instituciones formadoras

- Conservar y potenciar valores en el currículo oculto de las universidades, como parte de la formación de sus estudiantes tanto en pregrado como posgrado. Incorporar conocimientos en bioética en la formación del profesional de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Nacimientos Prematuros. [Centro de Prensa en línea] 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> (Consulta: 31 de Octubre del 2017).
2. OMS, March of Dimes, PMNCH, Save the Children. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. 2012. [En línea] 2012. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf (Consulta: 12 de Diciembre del 2017).
3. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015 [En línea]. 2016 (Consulta: 31 de octubre del 2017). Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
4. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico del Perú SE 16-2017 (del 16 al 22 de abril). Bol Epidemiolog 2017 [En Línea]. 2017[acceso 31 oct 2017]; 26(16): 512- 4. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf>
5. Loncharich, N. Cuidado Enfermero. Rev Enf Hered [revista en internet]. 2010 [acceso 08 de Octubre del 2016]; 3(1): 1. Disponible en: http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf
6. Oficina de Estadística del Hospital Regional Lambayeque. Servicio de Neonatología; 2018.
7. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud; 2005.
8. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención. Lima: Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento. Ministerio de Salud; 2015.
9. Mata M, Salazar M, Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (1): 46.
10. Ministerio de Justicia del Perú. Constitución Política del Perú. [En línea] 1993. [http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/CLPlegcargen/coleccion00000.htm/tomo00241.htm/sumilla00242.htm?f=templates\\$fn=document-frame.htm\\$3.0#JD_INDICE2](http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/CLPlegcargen/coleccion00000.htm/tomo00241.htm/sumilla00242.htm?f=templates$fn=document-frame.htm$3.0#JD_INDICE2) (Consulta: 19 de Enero del 2018)

11. Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. *Rev. Brasil. Enf.* 2014; 67(6): 876- 878
12. Kucuradi I. El concepto de dignidad humana y sus implicaciones para los derechos humanos. *Actualizac. Bioét.* 2019; 5(1): 7-13.
13. Bellieni C. Protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología. *Actualizac. Bioét.* 2019; 5(1): 14- 24.
14. Serret M. El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal. [tesis doctoral en internet]. [Tarragona]: Universitat Roviri I Virgili; 2014 [citado 26 de mayo del 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/285312/Tesi%20Maria%20Serret%20Serret.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Guerrero K, Luna A. Cuidado humanizado de enfermería al recién nacido pretérmino en el Hospital Regional “José Alfredo Mendoza Olavarría. Septiembre – Diciembre 2017 [tesis para obtener el título profesional en internet]. [Tumbes]: Universidad Nacional de Tumbes; 2017 [citado 27 mayo del 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/251/TESIS%20-%20GUERRERO%20Y%20LUNA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Broncano, Y. Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: Una perspectiva de Enfermería. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Hospital San Bartolomé. [tesis doctoral en internet]. [Chimbote]: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2015 [citado 26 de octubre del 2018]. Recuperado a partir de: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1764/CUIDADO_HUMANIZADO_NEONATO_PREMATURO_BRONCANO_VARGAS_YRMA_NILDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Guerrero E, Cervera M. Personalismo y cuidado en el recién nacido prematuro. *Rev Paran Digit* [revista en internet]. 2015[Citado 26 de Junio del 2019]; 9 (22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/480.pdf>
18. DEL: Diccionario de la lengua española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española; Octubre 2014 [2017; Consulta: 08 de Diciembre del 2017]. Diccionario de la Lengua Española; 1[1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HIeIZIn>
19. Piulats O. La Filosofía trascendental de Kant y la Cuestión del Escepticismo. *Thémata, Rev. Filosof.* 2012; 1 (45): 334.

20. Ruiz G. La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de Educación*. 2013; 11(15): 107.
21. Lopez A. (dir). Karol Wojtyla y el Concepto de Persona Humana [tesis en Internet]. [Medellín]: Universidad de San Buenaventura de Medellín Colombia; 2013 [citado 26 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/878/Andr%C3%A9s%20Felipe%20L%C3%B3pez%20L%C3%B3pez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Wojtyla K. *Pesona y acción*. 3era Ed. España: Ediciones Palabra; 2011.
23. Waldow VR. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm (Gran)* [Internet]. 2014 [citado 10 de Enero del 2018]; 23(4): 238. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
24. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ma Ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011.
25. Watson J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. *O Mundo da Saúde São Paulo* [Internet]. 2009 [citado 10 de Enero del 2018]; 33(2):144-145. Recuperado a partir de: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf
26. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Rev. Ciencia y Enf*. 2011; 17(3): 11- 22.
27. Kozier B, Erb G, Audrey B, Shirlee J. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica Vol 1*. 8 ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.
28. Potter P, Perry A, Stocker P. *Fundamentos de enfermería*. 8 ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2015.
29. Papalia, D, Wendkos, S, Duskin, R. *Desarrollo Humano*. 11ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
30. Ministerio de Salud del Perú. *Guía Técnica: Guías Clínicas para la Atención del Recién Nacido*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud; 2007.
31. Jasso L. Evolución, impacto y aplicación de la bioética en el recién nacido. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010; 67 (3): 204- 222.
32. Leiva V. ¿Por qué enseñar bioética social y de salud pública en Enfermería?. *Rev. Enf. Act. Costa Rica* [en línea].2009 [Citado 13 de Diciembre del 2017]; No.17: 4. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3617/3525>

33. Cervera M. Inclusión de la ética en la formación universitaria del estudiante de enfermería. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
34. Wilches A. La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. Rev. Opc. 2011; 27(66): 71.
35. Actis A, Outomuro D. Bioética consolidada: abordaje histórico a más de 40 años de surgimiento. Rev. Bioét y Der. 2014; 30: 84.
36. Roa- Castellanos R, Valenti E, Márquez Mendoza O. Origen y Evolución del Neologismo “Bioética”. Fritz Jahr. En: Herreros B, Bandrés F. Historia ilustrada de la Bioética. Madrid: ADEMÁS Comunicación Gráfica; 2015. p. 139-146.
37. Garduño A, Muñoz R, Olivares C. Dilemas éticos y Toma de Decisiones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 2010; 67 (3): 266- 268.
38. Alunni S. Atención Integral de Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Pedro Elizande. Comité de Docencia e Investigación [en línea] 2014. http://www.academia.edu/7414071/Aspectos_eticos_legales_y_sociales_en_Neonatologia (Consulta: 10 de Octubre del 2017).
39. Fanaroff J. Aspectos Ético- legales en Neonatología. En: Sola A, Golombek S. Cuidando al recién nacido a la manera de SIBEN. Tomo I. Bolivia: EDISIBEN; 2017. p. 879- 886.
40. Gebara E. Impacto de la evolución científico-tecnológica en la Bioética neonatal-perinatal. Rev. Vid y Étic. 2014; 15(1): 33- 48
41. Parada D. Humanización en el cuidado neonatal. Rev. Cienc. Cuid. 2012; 9(2): 71- 80.
42. Pardo A. La ambigüedad de los Principios de la Bioética. Cuad. Bioét. 2010; 21(71): 42.
43. Gómez P. Principios Básicos de Bioética. Rev. Per. Ginec. Obst. 2009; 55 (4): 231- 232.
44. García, J. Bioética Personalista y Bioética Principalista. Perspectivas. Cuad. Bioét. 2013; 24 (1): 69.
45. Sgreccia E. Manual de Bioética I Fundamentos y ética biomédica. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2012.
46. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. Cuad. Bioét. 2013; 24(1):121.
47. Guerra R. Bioética y Racionalidad: El Personalismo al servicio de la ampliación del horizonte de la razón en la fundamentación bioética. Cuad. Bioét. 2013; 24(1): 40

48. Burgos JM. ¿Qué es la ética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. Cuad. Bioét. 2013; 24(1); 25
49. Tealdi JC (dir). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
50. Quintana C. E. Sgreccia: Una Bioética Católica. Bioética desde Asturias [En línea] 2011. <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2011/12/esgreccia-una-bioetica-catolica.html> (Consulta: 9 de Diciembre del 2017).
51. ONU. Declaración de derechos humanos. ONU [En línea] 1948. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> (Consulta: 24 de Noviembre del 2017)
52. Vial J, Rodríguez A. La Dignidad de la Persona Humana desde su fecundación hasta su muerte. Acta Bioet. 2009; 15 (1): 58.
53. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. Colegio de Enfermeros del Perú [En línea] 2009. http://cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf (Consulta: 24 de Noviembre del 2017).
54. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Trabajo Enfermero N° 27669. Colegio de Enfermeros del Perú [En línea] 2002. http://cep.org.pe/download/ley_trabajo_enfermero.pdf (Consulta: 24 de Noviembre del 2017).
55. Burgos, J. Antropología: una guía para la existencia. Madrid, España: Ed. Palabra; 2013.
56. Irizar L.; Castro S. El ser, la forma y la persona: sobre la raíz ontológica de la dignidad humana en Tomás de Aquino. Rev. Lasall. Invest. 2013; 10 (2): 129.
57. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un Bioderecho Global. Cuad. Bioét. 2013; 24(2): 205.
58. Sanchez J. Dignidad humana y derechos humanos. En: Ramos-Kouri M (dir). Artavia Murillo vs. Costa Rica. Análisis crítico a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el fallo sobre fertilización in vitro [Internet]. Querétaro: Centro de Investigación Social Avanzada; 2016. p 203- 204. Recuperado a partir de: http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20170808_01.pdf
59. Hernández S. y colaboradores. Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa 6ta ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2014.

60. Burns N, Groven S. Introducción a la investigación cualitativa. En: Investigación en Enfermería (3ª ed.). Elsevier España S.A. 2004; (11) 385-430.
61. Oliveira M. Como fazer pesquisa qualitativa. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2004.
62. Morse J. The significance of saturation. Qual Health Res 1995; 5(2):147-149.
63. Denzin N. El campo de la Investigación cualitativa; 3era ed. Colombia: Gediza.; 2012.
64. Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Trujillo: Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado-Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
65. Reina R.; Ferrer R.; Toro Y.; Cárdenas M. Abordaje del Cuidado Neonatal: Un enfoque Transcultural. Enferm. Glob [Internet] 2010 [citado el 26 de Enero del 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300019
66. Espino M, Ruiz L. Ética para el cambio en el equipo de Salud. En: Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de Ética, Bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. p. 55- 62.
67. Sánchez C. Dilemas éticos en la enfermería. En: Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de Ética, Bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. p. 171- 178
68. Valbuena L. Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. Investig Enf. Imagen Desarr. 2017; 19(1): 123-137.
69. Urbina O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Rev Cub Enf [Internet]. 2011 [citado 2018 Sep 22] ; 27(3): 239-247. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008&lng=es.
70. Rivera P, Lara D, Herrera A, Salazar E, Castro R, Maldonado G. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enf Neurol (Mex). 2011; 10 (3): 159-162.
71. Contreras H, Castillo-Arcos L, Álvarez-Aguirre A. Confort neonatal del recién nacido pre-término. Index Enf. 2017; 26(4): 280-284.
72. Cobeñas YM. “Rol de enfermería en la atención del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital General de

- Jaén, 2014. [tesis para obtener el título profesional en internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014 [citado 27 mayo del 2019]. Recuperado a partir de: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1463/T016_44241541_T%20jaen.pdf?sequence=4&isAllowed=y
73. Caro S, Diaz D, De las Salas R, Gutiérrez E, Lemus C, Quintero S. Conocimientos relacionados con aspectos de la administración de medicamentos en la práctica de enfermería en tres hospitales del Atlántico (Colombia). *Rev. Sal. Uninort.* 2014; 30 (3): 371-380.
 74. Sánchez L, Pérez J, Tamariz Velázquez F, Delgado M. Seguridad del neonato hospitalizado: Aproximaciones y propuestas. *Enf. Univ.* 2012; 9 (2): 27-36.
 75. Cárdenas P, Zárate R. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. *Rev. Enf. Univ. ENEO- UNAM.* 2009; 6 (2): 23- 30.
 76. Valderrama, M. Intervención de enfermería en la administración de medicamentos en pediatría. *Rev. Cienc y Cuid.* 2018; 15(1): 48-57.
 77. Echeverri S, Vanegas S. Administración de medicamentos. Estándar de cuidado. *Actualizac. Enf.* 2008; 11(3):29-36.
 78. Castilla A. Precauciones de aislamiento en neonatología. *Rev. Enf. Neonat.* 2010; 3 (10): 24- 30.
 79. Rubin de Celis V. Bioética y bioseguridad en la investigación. *Tradición.* 2016; 13: 39- 41.
 80. Bautista L, Delgado C. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. *Rev. Cienc. Cuid.* 2013; 10(2): 127- 135.
 81. Acosta S, Andrade V. Manual de Esterilización para centros de Salud. Washington DC: OPS- USAID; 2008.
 82. Abate H, Pena E. Normas y Recomendaciones de Bioseguridad en Neonatología. En: Manual de bioseguridad para Establecimientos de Salud [En línea]. Mendoza: Gobierno de Mendoza; 2014. Disponible en: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/biblioteca/manuales/manual-de-bioseguridad-para-establecimientos-de-salud-capitulo-10-normas-y-recomendaciones-de-bioseguridad-en-neonatalogia/>
 83. Hospital San Juan de Lurigancho. Manual de Bioseguridad. Ministerio de Salud. Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Lima; 2016.
 84. Larguía, M. Muerte digna en Neonatología. Editorial. *Rev. Hosp. Mat.Inf.* Ramón Sardé. 2012; 31(3): 98-99.

85. Arnáez J, Tejedor J, Caserío S, Montes M, Moral M, Gonzáles J, García A. La Bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *Anal. Ped.* 2017; 30(10).
86. Guerrero S. Experiencias en la atención inmediata del recién nacido microprematuro [Tesis en Internet]. [Chiclayo]: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2012 [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/605/1/TM_Guerrero_Quiroz_ElizabethSoledad.pdf
87. Salas M, Molina F, Torralbas J. Cuidados Paliativos al niño en estado crítico y su familia. En: *Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales*. 2016. [Citado 20 de Setiembre del 2018] En línea. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/287994566_Cuidados_paliativos_al_nino_en_estado_critico_y_su_familia
88. Martín M. Análisis del debate sobre eutanasia neonatal. *Cuad. Bioét.* [Internet]. 2015; 26(2): 223-239. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87541128004>
89. Sola A, Golombek S. Ética en recién nacidos con ventilación mecánica. En: Sola A, Golombek S. *Cuidando al recién nacido a la manera de SIBEN*. Tomo I. Bolivia: Edisiben; 2017. p.879- 886.
90. Errasti-Ibarrondo B, Martínez M, Carvajal A, Arantzamendi M. Modelos De Dignidad en el Cuidado: Contribuciones para el final de la vida. *Cuad. Bioét.* 2014; 25 (2): 243- 56.
91. German R. Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. *Cuad. Bioét.* 2017; 28 (1): 83- 97.
92. Perez J. Presentación: Los desafíos bioéticos de la neonatología. *Cuad. Bioét.* 2015; 26(2): 195- 9.
93. Díaz L. Ser humano... ser persona. En: Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. *Principios de Ética, Bioética y conocimiento del hombre*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. p. 269- 274.
94. Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2019 Feb 02] ; 9(1): 41-51. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es.
95. UNICEF Argentina. Derechos de los recién nacidos prematuros [En línea]. 2018. Disponible en:
<https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018->

- 11/SALUD-Prematuros_GuiaDerecho3_web.pdf (Consultado 20 febrero 2019)
96. Valenzuela M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los Servicios de Urgencia? [tesis doctoral en línea]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2015 [citado 20 de febrero 2019]. Recuperado a partir de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf
 97. Llorca M, Sanchez J. Atención psicomotriz a los bebés prematuros. Rev. Desenvolupa [revista en la Internet]. 2014 [citado 2019 Feb 02]; 36(1): 1-15. Recuperado a partir de: <http://www.desenvolupa.net/Ultims-articles/Atencion-psicomotriz-a-los-bebes-prematuros-M.-Llorca-Llinares-J.-Sanchez-Rodriguez-03-2014>
 98. Soria R. Educación a los padres del recién nacido en alojamiento conjunto. Rev. Enf. Neon. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2019 Feb 17]; 4(13): 22- 31. Recuperado A partir de: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
 99. Cuesta J. Enfermería Neonatal: Cuidados centrados en la familia. Enf. Integ. 2012; 98 (1): 36- 40.
 100. Gallegos J, Reyes J, Silvan C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol Reprod Hum. 2010; 24 (2): 98- 108.
 101. Del Moral T, Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Bol Pediatr. 2010; 50 (supl 1): 39- 42.
 102. Taborda A. Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. Rev. Cuidarte [revista en la Internet]. 2013 [citado 2018 Sep 21]; 4 (1): 540- 543. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/15/111>
 103. Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. Rev. Enf. Neon. 2012; 3(14): 4- 14.
 104. Cruz I, Serrano D, Guede T. Enfermería en el Cuidado del recién nacido prematuro. Rev. Cient. Hygía Enf. 2013; (83): 26- 31 .
 105. Hernandez N, Rubio M, Lovera A. Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia. Invest. educ. enferm. 2016; 34 (1): 104-112.
 106. Ocampo M. El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Rev. Aquichán. 2013; 13 (1): 69- 80.
 107. Waldow V. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Rev. Aquich. 2009; 9(3): 249.

108. López E. Vínculo afectivo materno- infantil: método canguro. Rev. Ped. Elec. [revista en la Internet].2016 [citado 2018 Nov 21]; 13 (3). Recuperado a partir de: http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/MATER_NO_INFANTIL.pdf
109. Pérez I. Método Madre Canguro. Plan de Mejora de MMC en Unidad neonatal. 2016 [trabajo de fin de grado en internet]. [La Rioja]: Universidad Nacional de La Rioja; 2016 [citado 27 marzo del 2019]. Recuperado a partir de: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002088.pdf
110. USAID. Proyecto De mejoramiento de la Atención de la Atención en salud. Aplicación del método madre canguro en bebés prematuros y de bajo peso en 4 países de América Latina [en Internet]. 2011. Disponible en: https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Aplicando_Metodo_Madre_Canguro_Nov2011.pdf . (Consulta 14 de Marzo 2019)
111. Ruiz E. Cuidados centrados en el Neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. Rev. enferm. CyL 2016; 8(1): 61- 70.
112. Gutiérrez-Padilla J, Martínez R, Angulo E, López L, de la Torre M, Aguilar M et al. Diagnóstico de neurodiscapacidad en el periodo neonatal en México, resultados de una encuesta realizada al personal de salud. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2018 Sep 22] ; 26(1): 30-34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100005&lng=es.
113. Cañas – Lopera E, Rodríguez Y. La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. Rev. Aquich. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2018 Sep 22]; 14 (3): 336-350. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2904/3671>
114. Aparecida M, Pinto M, Ribeiro K, Moura D. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino- Am. Enfermagem. 2011; 19(6).
115. Johanson L, Luzia J, Sivan C, Rangel L, Privado T. La adhesión de las enfermeras al Método Canguro: subvención para la administración del cuidado de enfermería. 2015. Rev. Latino- Am. Enfermagem 23 (3): 483-90.

116. Guerra M. Fortalecimiento del vínculo Padres- Hijo a través del proceso de cuidado de Kristen Swason. Rev. Cienc. Innovac. Salud. 2013; 1 (2): 120- 125
117. Clairat Y. Calidad de la atención en el Servicio de Neonatología del Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”. Medisan. 2014; 18(12):17-25.
118. Novoa JM, Milad M, Guillermo Vivanco G, Fabres J, Ramírez R. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Sociedad Chilena de Neonatología. Rev Chil Pediatr. 2009; 80 (2): 168-187.
119. Soria, R. Recursos humanos en las Unidades Neonatales. Arch Argent Pediatr 2010;108(6):486-489.
120. Kosar B, Toma E. Dimensionamiento de personal de enfermería de una unidad neonatal: utilización del *Nursing Activities Score*. Rev. Latino-Am. Enfermagen. 2013; 21(1).
121. Olza I, Palanca I, Gonzáles- Villalobos I, Malalana A, Contreras A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. Rev. Iberoam. Psicosom.C. 2014; (109): 45- 52.
122. Pallas C. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. An Pediatr Contin. 2014; 12(2):62-67.
123. Rite S, y colabor. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc). 2013;79(1):51.e1-51.e11

ANEXOS

ANEXO N° 01



Consentimiento para participar en un estudio de investigación

- ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Katerine Altamirano Hoyos

Título :

Experiencias de las Enfermeras en el Cuidado de la Vida y la Dignidad del neonato prematuro. Hospital Regional Lambayeque- 2018

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Experiencias de las Enfermeras en el Cuidado de la Vida y la Dignidad del neonato prematuro. Hospital Regional Lambayeque- 2018”. Se está realizando este estudio con los objetivos:

- Describir las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque.
- Analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque.
- Comprender las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada

en un grabador de voz, asignándole un seudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 10 a 20 minutos. La entrevista se realizará en un lugar apropiado.

2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo por cualquier duda e interrogante.

Beneficios:

Usted se beneficiará a través de la satisfacción que los resultados promoverán cambios favorables para el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI ☐ NO ☐

Se contará con el permiso del Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Así como usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Altamirano Hoyos Katherine (Núm. De cel.: 988230256), investigador.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO N° 02

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE.

INFORMACIÓN

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la vida y la dignidad del neonato prematuro, por lo que se solicita y se le agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

DATOS GENERALES:

Fecha de Entrevista: _____

Edad: _____

Procedencia: _____

Años de experiencia en el Servicio:

1- 4 años () 5 - 7 años () 7 –10años () + 10 años ()

DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Qué significa para usted, cuidar a un neonato prematuro? (Posibilidad de repreguntar)
2. De acuerdo a su experiencia, ¿Cómo es el cuidado que usted brinda al neonato prematuro con respecto a sus derechos inalienables (nombre, persona, dignidad, padres- familia, historia)?

ANEXO N° 3



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE - CHICLAYO

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



PERÚ Ministerio de Salud

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética en Investigación, luego de haber revisado el proyecto de investigación titulado: **"Experiencias De Las Enfermeras En El Cuidado De La Vida Y La Dignidad Del Neonato Prematuro. Hospital Regional Lambayeque- 2018"**, y al haberse levantado las observaciones realizadas por nuestro comité, se otorga la presente constancia al autor:

KATERINE ALTAMIRANO HOYOS

Y se resuelve:

1. Aprobar la ejecución del mencionado proyecto.
2. Extender ésta constancia para que pueda ser ejecutado en las unidades operativas pertinentes.
3. Los investigadores deberán presentar el avance trimestral de la investigación en desarrollo.

Chiclayo, 30 de Octubre del 2018


Emma Ynes Arriaga Deza
Pta. Comité Ética en Investigación HRL
CBP. N° 6789

Código_Inv: 0811-061-18CEI

Prolg. Augusto B. Leguía N°100 - Esquina Av. Progreso N°110-120 – Lambayeque-Chiclayo

Teléfono: 074- 480420 Anexo: 1060